

BAROUX Camille

Mai 2024



Mémoire d'initiation à la recherche

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Généralisation des acquis de l'enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique : une approche basée sur la méthode SOS



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

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

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

Le mémoire peut être :

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

L'étudiante est aidée dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

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

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

A Créteil, le 20/05/2024

Signature : 

NOTE AUX LECTEURS

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

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma maitre de mémoire, NOBLET Leïla, pour sa bienveillance et ses précieux conseils professionnels et personnels lors de mes moments de doute. Merci de s'être rendue disponible pour les relectures.

Je remercie mes référents pédagogiques, GADEYNE Simon et VILLAUME Anaïs, pour leur sincérité bienveillante et leurs conseils méthodologiques.

Je tiens également à remercier l'ensemble des référents de l'institut de formation en ergothérapie de Créteil, pour leur sourire et dévouement dans la formation, malgré tous les événements, afin de maintenir un enseignement de qualité.

Merci aux ergothérapeutes ayant participé à la construction de cette étude, pour leur temps et d'avoir partagé leur riche expérience, qui est une source d'inspiration professionnelle.

Enfin, je remercie mes proches de m'avoir encouragée et soutenue dans les fortes émotions au cours de ces trois années de formation. Plus particulièrement à mes amis de promotion, où cette étape marque la fin d'un chapitre, en tant qu'étudiants.

Merci à vous, lecteurs, pour votre curiosité et votre temps de lecture.

*« Nous savons qu'elle est entre de bonnes mains,
mais nous aimerions tellement que les nôtres suffisent à la sortir de cette spirale infernale. Pourquoi
nous ses parents n'arrivons pas à la faire manger... »*

Stéphanie Putigny

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	CADRE EXPLORATOIRE.....	2
2.1.	Le trouble alimentaire pédiatrique	2
2.2.	Accompagnement pluridisciplinaire.....	6
2.3.	Accompagnement pour le repas d'un enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique.....	8
3.	PROBLEMATIQUE	14
4.	CADRE CONCEPTUEL	14
4.1.	Modèle conceptuel du rendement et de l'engagement occupationnel.....	14
4.2.	Personne : l'enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique et ses parents	15
4.3.	Occupation : la co-occupation du repas.....	17
4.4.	Environnement de l'enfant	18
4.5.	Généralisation des acquis.....	20
4.6.	Cadre de l'approche Sequential Oral Sensory approach to feeding.....	22
5.	HYPOTHESE	25
6.	CADRE EXPERIMENTAL.....	25
6.1.	Objectifs de l'enquête.....	25
6.2.	Public cible enquêté	27
6.3.	Choix de l'outil	27
6.4.	Passation de l'enquête.....	28
6.5.	Résultats et analyse	29
6.6.	Discussion	43
7.	CONCLUSION	47
8.	BIBLIOGRAPHIE	49
	ANNEXES	

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Développement de l'oralité alimentaire et verbale. Reproduit de « orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant », par Thibault, C., 2017, p. 47, Elsevier Health Sciences.....	2
Figure 2 – Développement de l'alimentation de l'enfant selon ses habiletés au repas. Adaptée selon les repères et recommandations de Santé publique France (Santé Publique France, 2022)	3
Figure 3 – Exemples des répercussions du TAP selon les domaines du diagnostic. Adaptée à partir de « pediatric feeding disorder », par Goday, PS., (2019, janvier). https://links.lww.com/MPG/B507	5
Figure 4 - Fonctions humaines invisibles impliquées dans l'activité du repas. Adaptée depuis « SOS Approach to Feeding », par Ross & Toomey, E. K., 2011.	16
Figure 5 – Cinq principes de l'approche sequential oral sensory approach to feeding. Adaptée selon « Introduction to the SOS Approach to Feeding Program », par Toomey, K., 2024, https://sosapproachtofeeding.com/introduction-to-the-sos-approach-to-feeding-program/	22
Figure 6 - Hiérarchie des compétences pour la désensibilisation systémique alimentaire. Adaptée de « Les troubles de l'oralité alimentaire : une dimension sensorielle, mais pas seulement », par Ruffier, M., 2018, ANFE ergOTHérapie, 69, p. 35.....	23
Figure 7 – Critères d'inclusion et de non-inclusion de l'enquête.....	27
Figure 8 - Diagramme de flux des ergothérapeutes contactés pour l'étude.....	29
Figure 9 – Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire les outils et stratégies par le sous-thème : jeux et ludique ; et récurrence de ce vocabulaire dans leur discours	35
Figure 10 - Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire les outils et stratégies par le sous-thème : centres d'intérêt et motivation ; et récurrence de ce vocabulaire dans leur discours	35
Figure 11- Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire les outils et stratégies par le sous-thème : plaisir et positif ; et récurrence de ce vocabulaire dans leur discours	35
Figure 12 - Intégration de la sphère sensorielle dans le processus d'accompagnement des ergothérapeutes, illustrée avec des exemples de citation	38
Figure 13 - Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire le principe d'une progression	39
Figure 14 - Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire le principe de répétition	39
Figure 15 – Facteurs favorables et défavorables de l'approche des ergothérapeutes pour la généralisation des acquis de l'enfant au domicile	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Développement chronologique de la mastication de l'enfant. Adaptée de « le trouble alimentaire pédiatrique », par Grevesse et al, P., 2020, <i>Percentile</i> , 25, p.13.	4
Tableau 2 – Equipe interprofessionnelle accompagnant les enfants avec un TAP et leur famille. Adaptée à partir de « pediatric feeding disorder », par Goday, PS., (2019, janvier). https ://links.lww.com/MPG/B507	8
Tableau 3 – Chronologie de l'évaluation MCRO. Adaptée à partir de « La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) », par Law et al., M., 2014	10
Tableau 4 - Caractéristiques socio-professionnelles des ergothérapeutes interviewés. Abréviations : CHU, Centre Hospitalier Universitaire ; SESSAD, Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile ; SSR, Soins de suite et de réadaptation	30
Tableau 5 – Caractéristiques du cadre des séances des ergothérapeutes interviewés	31
Tableau 6 – Principaux principes reportés par les ergothérapeutes au regard de leur approche spécifique pour les parents des enfants accompagnés	32
Tableau 7 – composantes principales des outils et stratégies pour l'enfant à son domicile avec ses parents	36
Tableau 8 - Facteurs favorisant la généralisation des acquis en séance de l'enfant à son domicile, selon les ergothérapeutes interviewés	40
Tableau 9 - Facteurs défavorables à la généralisation des acquis en séance de l'enfant à son domicile, selon les ergothérapeutes interviewés	41

1. INTRODUCTION

L'intrigue de mon mémoire de fin d'études commence le jeudi 29 juin 2023 à Lyon, lors du congrès ergothérapique en pédiatrie. Au cours d'une présentation portant sur l'accompagnement des enfants en crèche, j'attends impatiemment que l'auditrice parle de l'activité du repas. Cette thématique n'est pas abordée au cours de sa présentation. Ainsi, je continue de m'interroger sur ce qui est important dans la journée d'un enfant. Plus précisément, je me questionne sur le développement du lien affectif entre l'enfant et ses parents, la signification et les composantes mises en jeu lors de l'activité du repas en famille. En sortant dans le hall de l'événement organisé par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, une affiche sur le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) retient mon attention. Cette information fait émerger le début de ma recherche exploratoire pour mon mémoire de fin d'études d'ergothérapie. À partir d'une approche ciblée sur l'occupation du repas, guidée par mes questionnements généraux et spécifiques, je commence mes lectures à travers des témoignages et diverses ressources pour répondre à mes interrogations sur les freins de l'alimentation plaisir de ces enfants, pourquoi et comment apparaît l'angoisse des parents lors du repas au domicile familial, ainsi que l'accompagnement pluriprofessionnel pouvant être réalisé, dont l'ergothérapie, pour guider les familles dans leur quotidien.

Avec une approche ciblée sur l'occupation : le repas, ma vision est modélisée par le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ce cadre théorique centré sur l'enfant et ses parents, fonde l'occupation du repas comme une co-occupation avec la sphère personnelle et environnementale.

De manière planifiée, je présente mon **cadre exploratoire** pour comprendre le TAP, l'accompagnement pluriprofessionnel réalisé, et développe l'ergothérapie spécifique au TAP ; pour concevoir ma problématique. Ensuite, mon **cadre conceptuel** explique le MCREO, définit la personne, l'occupation et son environnement, puis découle sur la généralisation des acquis et la spécificité de l'approche sensorielle orale séquentielle de l'alimentation ; afin d'affirmer mon hypothèse d'étude. Enfin, dans le **cadre expérimental**, j'annonce les résultats d'enquête, puis par une analyse réalise une discussion de ces derniers en confrontation avec la littérature.

2. CADRE EXPLORATOIRE

2.1. Le trouble alimentaire pédiatrique

2.1.1. *Définition de l'oralité*

À la naissance, le nourrisson est un expert sensoriel (Ruffier-Bourdet, 2022). Le développement sensoriel de l'enfant comprend le développement de son oralité. Ce terme initié en psychanalyse désigne la pulsion, le besoin vital de la faim, du désir et du plaisir (Boige & Missonnier, 2013). Cette fonction est fondatrice de l'être humain, de son premier réflexe dans le ventre de sa mère jusqu'à son dernier souffle (Thibault, 2017). L'oralité ne se cantonne pas uniquement à l'alimentation, mais aux activités permises par la bouche comme respirer, manger ou communiquer. Elle évolue et se modifie tout au long de notre vie. Le terme d'oralité est étendu, il convient donc de distinguer l'oralité alimentaire pour désigner l'alimentation, et l'oralité verbale pour désigner le langage.

2.1.2. *Développement oro-moteur de l'enfant*

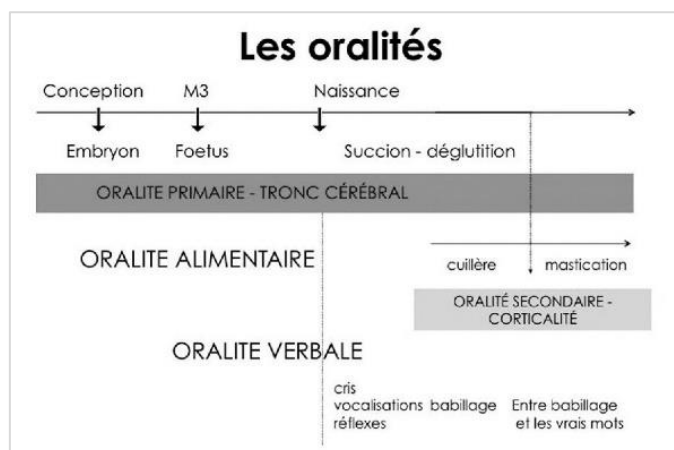


Figure 1 - Développement de l'oralité alimentaire et verbale. Reproduit de « orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant », par Thibault, C., 2017, p. 47, Elsevier Health Sciences.

L'oralité se développe organiquement en deux temps : l'oralité primaire principalement opérante par des réflexes, gérée par le tronc cérébral jusqu'aux premiers mois, puis l'oralité secondaire volontaire gérée par le système cortical (Thibault, 2015).

L'oralité primaire se développe dès la deuxième semaine du développement de l'embryon (Thibault, 2017). Dans cet état, l'oralité est objectivable avec une séquence motrice nommée : le réflexe de Hooker. C'est la première séquence oro-motrice où l'Homme explore sa sensorialité et prend possession de son corps. Puis à l'étape du fœtus, le couple d'actions : succion et déglutition, se coordonne pour les premières fois. La succion est innée, mais la déglutition se réalise par apprentissage avec le liquide amniotique. Après l'accouchement, le réflexe de foussement s'opère pour chercher le mamelon et réaliser les premières succions. Ces succions des premiers mois sont de la succion réflexe (Grevesse et al., 2020). Conjointement, le réflexe de toux protège des fausses routes et de la suffocation

afin de dégager les voies respiratoires en cas de besoin (Senez, 2020). Au-delà de ce réflexe présent toute notre vie, les automatismes alimentaires du nouveau-né sont :

- Points cardinaux : l'enfant tourne la tête du côté où l'on frotte sa joue.
- Nauséeux : mécanisme inverse de la déglutition pour se protéger.
- Orientation langue : déplacement latéral de la langue lorsqu'on frotte un coin de sa bouche.
- Pression alternative : ouverture et fermeture de la mâchoire.
- Réflexe de succion : compression de la langue et aspiration la bouche fermée (Senez, 2020).

La coordination entre la succion et la ventilation résulte également d'un apprentissage (Thibault, 2017). Cette coordination est favorable au troisième mois environ, lorsque le nourrisson parvient à respirer par la bouche. L'enfant contrôle mieux ses mouvements et réalise des séquences de suctions nutritives et non nutritives (Senez, 2020). C'est-à-dire une alternance entre des pressions de la bouche pour se nourrir et des temps de pause, tout aussi important pour le lien entre la mère et l'enfant. C'est ce qu'on appelle la succion volontaire (Grevesse et al., 2020). L'oralité secondaire apparaît ainsi avec des mouvements volontaires et les praxies bucco-faciales, parallèlement au développement de l'oralité verbale (Thibault, 2017). Cette étape signe une alimentation plus sensorielle et sociale (Ruffier Bourdet, 2018). Par conséquent, la période de diversification alimentaire est centrale dans l'exploration de mon étude, car c'est une étape cruciale dans le développement personnel et environnemental de l'enfant. L'enfant introduit peu à peu ses mains vers la bouche avec de nouveaux outils, comme que la cuillère vers ses quatre à six mois (Ruffier-Bourdet, 2022). Pour ce stade, Santé publique France recommande le début d'une étape cruciale : la diversification alimentaire, entre quatre et six mois (Santé Publique France, 2022). Cela signifie l'introduction progressive de nouveaux aliments, autre que le lait. Cette exploration fait lien avec le développement moteur de l'enfant : son tonus pour maintenir la station assise et ses préhensions pour manipuler ses premiers morceaux (Ruffier-Bourdet, 2022).

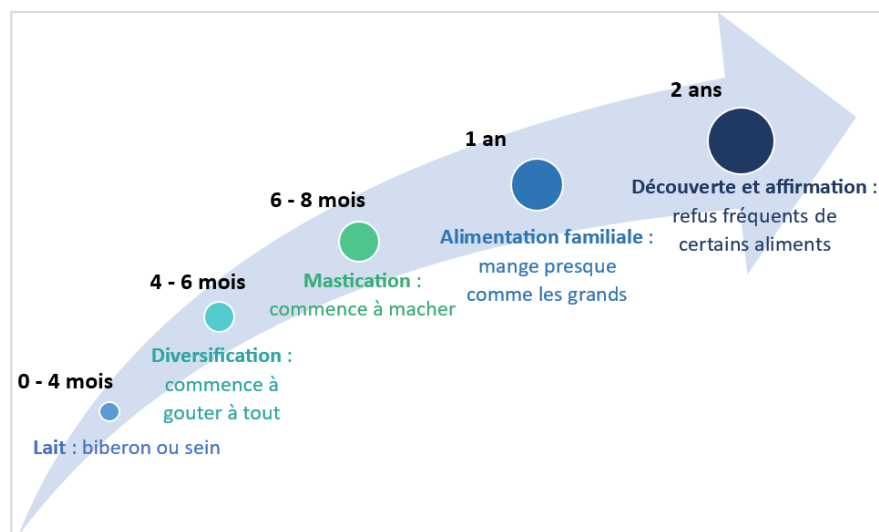


Figure 2 – Développement de l'alimentation de l'enfant selon ses habiletés au repas. Adaptée selon les repères et recommandations de Santé publique France (Santé Publique France, 2022)

La diversification est permise lors de l'apparition des premières dents (Senez, 2020). Il est donc évident, que les aliments donnés à l'enfant en développement, dépendent du développement de sa mastication pour se protéger du risque d'étouffement. Enfin, à partir de deux ans l'enfant possède une alimentation de table (sensiblement comme ses parents), mais sa mastication sera mature seulement à partir de six ans (Ruffier-Bourdet, 2022).

Âge	Mode d'action alimentaire
0 - 4 mois	Succion reflexe
4 mois	Succion volontaire
6 - 9 mois	Pré-mastication
9 - 12 mois	Morsure
13 mois	Mastication
24 mois	Alimentation adulte

Tableau 1 - Développement chronologique de la mastication de l'enfant. Adaptée de « le trouble alimentaire pédiatrique », par Grevesse et al, P., 2020, Percentile, 25, p.13.

La dynamique du repas l'enfant évolue conjointement avec le développement de son oralité alimentaire, verbale ; ses compétences de préhensions et sa posture (Annexe 1) (Hamdan, Courson, & Smail-Faugeron, 2021). Ces repères sur le développement, permettent une meilleure compréhension de l'enfant et orientent les parents pour prévenir une alimentation néfaste et aversive, particulièrement en cas de TAP (Senez, 2020).

2.1.3. Définition et terminologie du trouble alimentaire pédiatrique

Le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) possède plusieurs dénominations historiques telles que : trouble de l'oralité alimentaire, syndrome de dysoralité alimentaire ou le trouble de l'oralité et de la déglutition. En anglais, ce vocable est désigné par : pediatric feeding disorder, comme l'écrit Goday (2019). Bien que le terme de pédiatrie soit présent dans l'intitulé, le trouble touche aussi les adultes. À la suite d'un consensus professionnel et scientifique, la terminologie de TAP est privilégié (Goday et al., 2019). En effet, le trouble ne se cantonne pas uniquement au domaine médical, mais plus largement à « une consommation orale altérée qui n'est pas adaptée à l'âge et est associée à des compétences médicales, nutritionnelles, alimentaires et/ou à un dysfonctionnement psychosocial » (traduction libre de Goday et al., 2019, P.125). Ce trouble se manifeste dès la naissance ou au cours du développement de l'enfant, lors d'une étape sensible, comme la diversification alimentaire (Challard & Poirrette, 2023). Lorsque le TAP perdure plus de trois mois, il est caractérisé de chronique (Goday et al., 2019). Le trouble apparaît précocement, mais le diagnostic et l'accompagnement spécialisé du TAP débutent en moyenne à l'âge de deux ans (Mottrie, Moureau, Duret, & Delvenne, 2022).

2.1.4. *Étiologie du trouble alimentaire pédiatrique*

Les profils des personnes touchées par le TAP sont hétérogènes (Goday et al., 2019). Ce dernier touche des publics de différents âges, mais concerne essentiellement les consultations en pédiatrie précoce (Boige & Missonnier, 2013). En effet, l'alimentation est un problème occupationnel pour 25% à 35% des jeunes enfants (Motttrie et al., 2022). Ce trouble peut co-exister avec différents événements de vie traumatiques et parcours de soins complexes comme les troubles neurodéveloppementaux (Morris, Knight, Bruni, Sayers, & Drayton, 2017). Les contextes favorisant sont moteurs, sensoriels, organiques et/ou neurologiques (Briatte & Barreau-Drouin, 2021). Le TAP concerne notamment :

- 80% des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme (Senez, 2020)
- 10% à 49% des nourrissons prématurés (Grevesse et al., 2020)
- plus de 50% des nourrissons avec une nutrition artificielle prolongée (Motttrie et al., 2022)
- 26 à 90% des nourrissons avec une fente oro-faciale (Grevesse et al., 2020)
- 75% des enfants avec une paralysie cérébrale (Briatte & Barreau-Drouin, 2021).

Ces contextes prédisposants sont visibles et sont une note d'alarme où la survenue du TAP est surveillée. Cependant, les enfants avec un TAP ne possèdent pas tous une maladie sous-jacente diagnostiquée. Ils sont ainsi considérés comme moins prédisposés au trouble et le diagnostic est moins évident. C'est le cas pour les enfants avec un TAP sans trouble associé. Les parents, premiers acteurs auprès de leur enfant, signalent des difficultés, mais ces signes hétérogènes poussent souvent à un diagnostic tardif (Motttrie et al., 2022). Cela s'explique, au regard du trouble, par les différentes origines pouvant l'éveiller : motrices, sensorielles ou comportementales (Ruffier Bourdet, 2018). C'est un trouble invisible avec des répercussions sociales quotidiennes (Challard & Poirrette, 2023). C'est pourquoi, je délimite mon étude en ciblant les enfants avec un TAP sans trouble associé.

2.1.5. *Manifestations clinique du trouble alimentaire pédiatrique*

Selon Goday (2019), la manifestation clinique du TAP se retrouve au minimum dans l'un des quatre domaines suivant : médical, nutritionnel, alimentaire et psychosocial (Annexe 2) (Goday et al., 2019). Ces sphères sont interdépendantes et s'influencent. Les répercussions peuvent se manifester comme suit :

- Stress et détresse enfant et parents - Aversion alimentaire acquise - Désengagement - Refus alimentaire	Système Psycho-social	Complication alimentaire	- Lenteur des repas - Toux, nausées, vomissement - Fatigue, essoufflement
- Trouble respiratoire - Trouble cardiaque - Trouble gastro-intestinal	Système médical	Complication nutritionnelle	- Retard de croissance - Carence - Malnutrition

Figure 3 – Exemples des répercussions du TAP selon les domaines du diagnostic. Adaptée à partir de « pediatric feeding disorder », par Goday, P.S., (2019, janvier). <https://links.lww.com/MPG/B507>

L'enfant avec un TAP ne réalise pas de caprice pour embêter ses parents. Certains enfants peuvent être exigeant sur l'alimentation, mais ne possède pas de TAP. Il existe des étapes dans le développement de la sensorialité, qui sont sensibles pour tous les enfants. Par exemple, la peur des nouveaux aliments se nomme : néophobie alimentaire (Senez, 2020). Les Hommes ne sont pas tous égaux en termes de sensibilité au regard des aliments. Le repas est une occupation avec plusieurs sens en action tels que : la vue, le toucher, l'odorat, le goût et l'ouïe. Il existe une variabilité individuelle et familiale pour cette sensibilité (Senez, 2020). Par exemple, des enfants sont hypersensibles à l'approche d'un aliment qu'ils ne peuvent pas tolérer (Ruffier Bourdet, 2018). Pour parler de TAP, il faut la combinaison de plusieurs signaux et un caractère chronique (Challard & Poirette, 2023). Les difficultés de comportements de l'enfant avec un TAP lors des repas, tels que : crier, pleurer ou faire autre chose en même temps, sont à nuancer avec son développement affectif et sa sphère sociale. En effet, à la suite de la phase d'affirmation de sa personnalité, la phase d'opposition systématique entre douze et dix-huit mois, complexifie le repérage du TAP. L'enfant s'affirme socialement et refuse des aliments, mais c'est la temporalité et l'observation clinique qui aide le diagnostic du TAP. Cette étape naturelle dans le développement de l'enfant, se nomme : la sélectivité transitoire, par d'autres auteurs (Ruffier Bourdet, 2018). C'est pourquoi il faut différencier les enfants qui mangent peu et tolèrent sensoriellement les aliments, des enfants avec un TAP et une sélectivité alimentaire, présentant une réelle désorganisation au contact de l'aliment. En vue de repérer ce trouble dès que possible, ce diagnostic différencié est fondamental (Annexe 3). À travers la terminologie commune du TAP, selon Goday (2019), pour unifier nos pratiques professionnelles, l'accompagnement doit être nécessairement multidisciplinaire, et intégrer l'expertise de plusieurs domaines (Goday et al., 2019).

2.2. Accompagnement pluridisciplinaire

2.2.1. *Environnement de l'accompagnement*

D'un point de vue culturel et social, ma recherche se cadre sur les soins réalisés en France. En conséquence de la culture des réseaux sociaux dans notre société, les parents peuvent se retrouver noyer sous toutes les informations qu'ils peuvent lire ou entendre (Tonsaker, Bartlett, & Trpkov, 2014). Face à un diagnostic, les parents ont des attentes et des questions à propos des soins pour leur enfant (Santinelli, 2010). Seulement, les renseignements médicaux sur Internet sont difficiles à contrôler, ce qui laisse place à des dérives d'informations non fiables (Tonsaker et al., 2014). Face à cela, les institutions et professionnels qualifiés doivent guider les parents avec des fondements scientifiques. Par exemple, dans le cadre du programme national de nutrition et santé, des recommandations sur la diversification alimentaire sont accessibles (Santé Publique France, 2022). Des groupes de paroles parents-soignants existent, comme le groupe Facebook® « *trouble alimentaire chez l'enfant / trouble de l'oralité* » ou le groupe de travail « *Miam-miam* ».

Le parcours de soins de l'enfant, dépend de son profil et de la spécialité de l'établissement de soins qu'il nécessite (Bourdais-Mannone, Audrin, & Creisson, 2003). L'enfant avec un TAP peut être accompagné dans une institution médicale tel qu'un service de néonatalogie ou de pédiatrie spécialisé, par exemple l'Hôpital Bicêtre des Hôpitaux de Paris et l'unité « *coin des papilles* » ; une institution médico-sociale ou dans un cabinet libéral. La subtilité pour les enfants avec un TAP sans trouble associé, est qu'ils ne disposent pas de diagnostic sous-jacent correspondant aux critères d'admission dans les Hôpitaux. Sanitairement, leurs soins n'ont pas besoin d'être quotidien, avec des soignants dans une institution, comme un enfant avec une paralysie cérébrale peut avoir besoin. Ainsi, les familles concernées sont redirigées vers des professionnels dans des cabinets libéraux.

Au-delà des professionnels diplômés, les parents restent les experts de leur enfant, car ils connaissent parfaitement leur petit, dans de multiples situations (Santinelli, 2010). En pédiatrie, la collaboration avec la famille est un pilier des projets et des missions institutionnelles.

2.2.2. Equipe pluriprofessionnelle

Le monopole de l'information médicale par les soignants est abandonné depuis longtemps, en faveur d'une collaboration entre les professionnels et la famille (Santinelli, 2010). Le partenariat avec la famille est une forme de respect envers le droit des parents. Du fait des profils hétérogènes des enfants avec un TAP, plusieurs professionnels sont impliqués dans l'accompagnement, pour répondre au mieux, aux besoins de l'enfant et de sa famille (Goday et al., 2019). Dans ce contexte, plusieurs professionnels possèdent un rôle à jouer.

Professionnels	Rôle
Pédiatre, généraliste, Gastro-entérologue pédiatrique, pédiatre développemental-comportemental, Pédiatre neurodéveloppemental	▸ Évaluer et traiter les conditions médicales associées à la déficience et au dysfonctionnement ▸ Coordonner les soins
Diététicien, nutritionniste	▸ Évaluer l'adéquation de l'alimentation ▸ Recommander des thérapies nutritionnelles
Ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien	▸ Évaluer et traiter les capacités
Psychologue comportemental	▸ Évaluer et traiter les difficultés psychosociales
Autre(s) médecin(s) : Oto-rhino-laryngologiste, pneumologue, pédo-neurologue, dentiste, chirurgien pédiatrique, psychiatre, radiologue, allergologue, physiatre	▸ Fournir des recommandations générales pour traiter les difficultés liées aux conditions médicales
Infirmière	▸ Coordonner les soins et soutenir la famille ▸ Aider et éduquer pour la préparations des repas du nourrissons et de l'équipement médical

Travailleur social

- Aider à mettre en œuvre les adaptations environnementales recommandées par l'équipe
- Aider la famille à se procurer des services appropriés à la maison et à l'école

Tableau 2 – Equipe interprofessionnelle accompagnant les enfants avec un TAP et leur famille.

Adaptée à partir de « pediatric feeding disorder », par Goday, PS., (2019, janvier).

<https://links.lww.com/MPG/B507>

Un seul professionnel ne peut pas aider un enfant avec un TAP via un accompagnement suffisamment adapté pour améliorer sa qualité de vie (Goday et al., 2019). La richesse d'un accompagnement se trouve dans le travail interprofessionnel de différents professionnels formés au TAP. Un travail interprofessionnel est un partenariat professionnel avec des échanges d'informations fréquents, couvert par le secret médical. En résumé, c'est la mise en commun des savoirs et la reconnaissance des actions de chacun (Hatano-Chalvidan, 2016). Dans le cadre de mon étude, l'ergothérapeute fait partie intégrante de l'équipe professionnelle pour l'accompagnement de l'enfant avec un TAP, notamment lorsque sa co-occupation du repas est perturbée (Deconchas, Philippe, Mandigout, Cellié, & Goubeau, 2023).

2.3. Accompagnement pour le repas d'un enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique

2.3.1. Personne professionnelle : l'ergothérapeute

Une personne diplômée d'état : ergothérapeute, est « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social* » selon l'Arrêté relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (Ministère de la santé et du sport, 2010). Être ergothérapeute signifie exercer une profession paramédicale, afin d'aider les personnes pour leur quotidien, comme les enfants avec un TAP et leur famille. Le domaine d'expertise est l'ergothérapie, soit « *l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; habilitier les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être* » (H. Polatajko et al., 2013, p.31). Grâce à sa vision intégrale et holistique, ce professionnel connaît le lien interactionnel entre l'enfant, ses parents, l'environnement et l'occupation du repas (Kreider, Bendixen, Huang, & Lim, 2014; Law et al., 2014). Cette intervention est d'autant plus importante dans les lieux de vie de l'enfant comme l'école, la crèche et son domicile (Goday et al., 2019). De sa formation initiale, l'ergothérapeute possède des compétences en santé reconnues par l'état, toutefois, il existe des formations complémentaires pour perfectionner des pratiques spécifiques, comme pour le TAP.

L'ergothérapeute possède un lien direct avec l'enfant et sa famille. Le partenariat thérapeutique avec l'enfant et les parents est fondamental (Deconchas et al., 2023). Le partenariat est une association entre la famille et les professionnels pour atteindre un objectif, en reconnaissant les compétences et l'expertise de l'autre (Pelchat & Lefebvre, 2005). La pratique est centrée sur la personne afin d'adapter l'accompagnement. Une pratique centrée sur le client signifie reconnaître les ressources, et considérer l'enfant et ses parents comme décisionnaires de leurs soins (Santinelli, 2010). Ce travail en partenariat enrichit la qualité de l'accompagnement pour l'enfant.

2.3.2. Environnement de la pratique ergothérapique

Les ergothérapeutes exercent dans plusieurs secteurs : sanitaire, social et médico-social, dans le public, privé ou en libéral (Ministère de la santé et du sport, 2010). Lors de ma recherche exploratoire, j'affine le cadre de mon étude vers les ergothérapeutes qui accompagnent les enfants dans un cabinet en libéral, dû à la considération du TAP sans trouble associé. Selon les professionnels, cette forme d'activité accorde une liberté d'action, avec moins de contraintes institutionnelles et hiérarchiques (Santinelli, 2010). De manière physique, les séances en ergothérapie pédiatrique peuvent se réaliser avec l'enfant et le parent. Selon les consultations, la présence des parents peut être une richesse en termes de cadre pour diminuer la peur de l'enfant et la méfiance du parent ; d'observation du fonctionnement familial, et de communication pour échanger des informations. L'ergothérapeute ajuste sa communication lors des discussions avec le parent et l'enfant (selon son âge et ses moyens). Dans le cadre de mon étude, je cible l'enfant avec un TAP à partir de sa période de diversification alimentaire. Ainsi, les échanges verbaux sont permis et réalisables grâce à son développement de l'oralité verbale parallèlement à son oralité alimentaire (Thibault, 2017). La communication est verbale et gestuelle. La séance en ergothérapie est un moment agréable et de partage où le parent peut observer et collaborer pour apprendre et trouver des ressources à investir dans le quotidien avec son enfant (Santinelli, 2010). C'est aussi le reflet d'un réel partenariat dans la pratique, au-delà d'un concept idéaliste.

2.3.3. Accompagnement de l'enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique en ergothérapie



Pratique générale : modèle canadien de processus de pratique

L'enfant avec un TAP et sa famille rencontre un ergothérapeute via une prescription médicale par le médecin coordonnateur de ses soins, ou un mandat. Les premières préoccupations exprimées par la famille sont les difficultés occupationnelles pour leur repas au domicile (Goday et al., 2019). Ainsi, l'approche de l'ergothérapeute est centrée sur l'occupation du repas, pour palier les difficultés occupationnelles, à travers des solutions acceptables, trouvées en collaboration avec le client (l'enfant et ses parents). Dans la continuité de mon exploration via le MCREO, ma vision de la pratique

ergothérapique est guidée par le modèle canadien de processus de pratique (MCP) (Craik, Davis, & Polatajko, 2013). Les points d’actions généraux de cet accompagnement, sont les suivants ;

- Initier et établir le contact : le premier contact avec la famille diminue leur inquiétude, et permet à l’ergothérapeute de s’adapter (Santinelli, 2010).
- Établir les balises : comprendre les besoins et les problèmes occupationnels de la famille.
- Évaluer et analyser : étudier les composantes personnelles et environnementales de l’enfant.
- Convenir des objectifs et du plan : codétermination des objectifs de l’accompagnement.
- Mettre en œuvre le plan : accompagner l’enfant et ses parents, adapter l’intervention si besoin.
- Réaliser le suivi : collaborer avec l’enfant et sa famille, adapter et ajuster les actions.
- Évaluation du résultat : reproduire les évaluations initiales et comparer les résultats.
- Conclure et fin de l’accompagnement : documenter l’accompagnement réalisé et mettre fin ou renouveler l’accompagnement de la famille.

Ces points d’actions ne sont pas des étapes distinctes, elles sont des repères devant être mis en œuvre, dont certaines en même temps.

Évaluation générale : mesure canadienne du rendement occupationnel

Les évaluations peuvent être quantitatives ou qualitatives ; objectives ou subjectives. Pour comprendre les problèmes occupationnels, l’ergothérapeute doit questionner : le parcours de l’enfant et de sa famille, les activités de leur vie quotidienne, leur organisation familiale, leurs valeurs et leurs besoins (Santinelli, 2010). Pour cela, l’entretien semi-directif de la mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est adéquat. Cette évaluation subjective permet de recueillir les propos de l’enfant et de ses parents (Law et al., 2014). Les cotations sont estimées par les parents et l’enfant pour quantifier les concepts de rendement et de sentiment de satisfaction. L’ergothérapeute guide les parents et l’enfant à identifier leurs difficultés occupationnelles en quatre étapes :

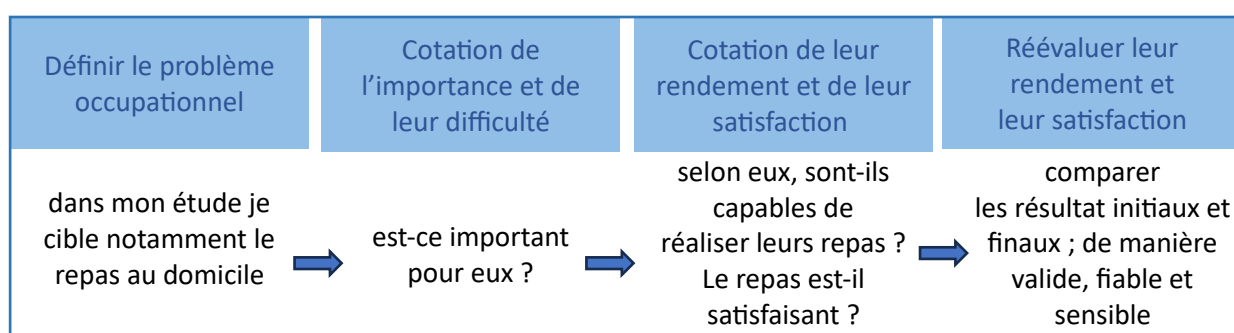


Tableau 3 – Chronologie de l’évaluation MCRO. Adaptée à partir de « La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) », par Law et al., M., 2014

Au-delà du MCRO, d'autres outils d'évaluations existent pour les ergothérapeutes, de manière non exhaustive. L'enjeu repose donc sur le choix des bilans, au regard de la pertinence pour la situation de l'enfant (Yanez & Vauvillé-Chagnard, 2017). En ergothérapie, il n'existe pas de protocole mais une adaptation professionnelle pour chaque enfant. Pour amorcer la relation thérapeutique, **l'entretien** est un tremplin. Au cours de ce temps d'échange, l'expertise parentale et les connaissances de l'enfant sont attendus afin de comprendre les situations problématiques quotidiennes, le fonctionnement et les attentes familiales. De pair avec l'entretien, **l'observation** est un moyen d'évaluation fonctionnel fondamental réalisé dans une approche systémique. L'observation peut se réaliser au cours du repas afin d'observer le comportement de l'enfant. Cette évaluation ne se réalise pas uniquement au début de l'accompagnement, mais tout au long du processus afin d'adapter les soins. De ce point de vue, les parents peuvent apporter des aliments lors des séances d'ergothérapie afin de régulièrement observer le comportement et les réactions de l'enfant, pour ajuster les actions thérapeutiques (Ruffier Bourdet, 2018). L'évaluation de l'enfant avec un TAP porte sur différentes activités quotidiennes faisant intervenir le plan sensoriel. Plus spécifiquement pour l'évaluation du repas, Ruffié (2018) précise les points essentiels à aborder :

- les informations administratives, les interventions professionnelles déjà en place et passées ;
- les informations médicales : taille, poids, digestion et constipation potentielle ;
- le parcours alimentaire de l'enfant depuis sa naissance : allergie, intolérance, temporalité de la survenue des difficultés alimentaires et contexte de la rupture au niveau de l'alimentation ;
- les habitudes et le panel alimentaire de l'enfant ;
- la sensorialité de l'enfant : profil sensoriel, comportement et mise en situation pour objectiver les mécanismes de défense, la rigidité face aux nouveaux aliments et la tolérance des aliments ;
- la sensori-motricité et les praxies de l'enfant : mise en situation par le jeu, réflexe, tonus ;
- l'autonomie et l'ambiance du repas au quotidien : le contexte, l'attitude parentale et de l'enfant, l'interaction sociale.

D'autres bilans spécifiques subsistent, notamment des questionnaires comme l'inventaire de comportement de l'enfant au repas ; de l'anglais Children's Eating Behaviour Inventory et de l'acronyme **CEBI** (Archer & Rosenbaum, 1991) . Cet outil anglais permet la compréhension de la systémie du repas en considérant le lien affectif entre les parents et l'enfant. Cette auto-évaluation pour le parent propose quarante questions sur deux domaines : l'alimentation de l'enfant à partir de deux ans et le système parental lors du repas. Dans cette même dynamique étudiant l'interaction sociale entre l'enfant et le parent, existe l'évaluation : Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale (**BPFAS**) signifiant : échelle d'évaluation de l'alimentation comportementale en pédiatrie (traduction libre de Ramsay, Martel, Porporino, & Zygmuntowicz, 2011). Le BPFAS ajoute et reformule des questions de CEBI. Pour pallier le

manque de rapidité de ces deux tests, l'évaluation The Montreal Children's Hospital Feeding Scale (**MCH-Feeding Scale**) peut s'utiliser. Outre les nombreux questionnaires à disposition des professionnels, des reports d'informations quantitatives et qualitatives comme le Food frequency questionnaires (**FFQs**) peuvent être exploités afin de connaître les habitudes alimentaires des enfants (Gazan, Vieux, Darmon, & Maillot, 2017). Les ergothérapeutes utilisent l'évaluation des préférences alimentaires et participation occupationnelle de l'enfant aux repas (**PAPOR**), qui est un formulaire pour évaluer le concept de participation (Nadon, Tessier, & Crépeau, 2019). Après la compréhension des difficultés de l'enfant et de ses parents et l'identification de la source, ces points peuvent devenir les objectifs de l'accompagnement.

Co-construction des objectifs

L'implication du client (l'enfant et ses parents) dans la construction des objectifs avec l'ergothérapeute initie le terme de : co-construction. C'est une prise de décision par consensus avec l'enfant et ses parents pour définir les buts à atteindre (Santinelli, 2010). Les objectifs coconstruit avec l'enfant et ses parents sont de différentes temporalités : court, moyen et long terme (Babot & Cornet, 2010). Ils ne portent pas directement sur le TAP, mais sur le rendement et la satisfaction de l'enfant et de sa famille lors du repas (Santinelli, 2010). Individualiser le projet de soins permet un regard global et spécifique sur l'enfant, avec des perspectives d'avenir (Babot & Cornet, 2010). Pour pondérer le terme de perspective d'avenir, je dois reconnaître qu'aucun thérapeute ne peut réellement prédire de développement précis d'un enfant (Santinelli, 2010). Pour autant, sa qualité de vie peut être améliorée avec l'accompagnement thérapeutique.

Diagnostic ergothérapique

À l'issue des problèmes occupationnels évalués, liés au repas de l'enfant avec un TAP, s'écrit le diagnostic ergothérapique. Ce dernier repose sur les évaluations adaptés à la situation de l'enfant et propose un plan d'intervention coconstruit avec la famille, congruent à leurs besoins et leurs objectifs (Yanez & Vauvillé-Chagnard, 2017). L'accompagnement thérapeutique est régulièrement réévalué pour adapter ou arrêter ou les soins. La temporalité dépend de l'occupation de l'enfant (de manière personnelle et environnementale) et des différentes approches utilisées au cours des séances.

Accompagnement ergothérapique spécifique

En ergothérapie, deux approches se différencient : ascendante (bottom-up) et descendante (top-down) (Kennedy, Brown, & Stagnitti, 2013). Axer l'accompagnement sur l'amélioration directe des habiletés de l'enfant pour améliorer son repas est une approche descendante, nommée bottom-up. L'accompagnement des enfants avec un TAP se réalise généralement par un travail directement sur l'occupation du repas, c'est-à-dire descendant, top-down en anglais. Cette approche peut être plus

signifiante et ludique pour les enfants. Elle peut se traduire par des mises en situation avec une installation et des méthodes éducatives, une intervention comportementale ou une approche conceptuelle spécifique. Le choix entre ces deux méthodes dépend des besoins de l'enfant et peuvent être complémentaires.

À titre d'exemple pour l'approche bottom-up (ascendante), je notifie **l'intégration sensorielle Ayres**. Cette approche fondée par l'ergothérapeute américaine et docteur en psychologie : Anne Jean Ayres, est labellisée Ayres Sensory Integration (ASI®) (Jimenez-nodet, 2023). Cette pratique vise à effacer les difficultés de traitements d'informations sensorielles. Plus précisément, ce cadre d'intervention théorique est un processus d'appréhension progressif des sensations corporelles selon l'environnement, pour provoquer une réponse comportementale adaptée. C'est une pratique utilisée par divers professionnels, notamment les ergothérapeutes et les psychomotriciens pour accompagner des personnes comme les enfants avec un TAP. Cette pratique possède des dérives nommées **intégration sensorielle** (de l'anglais : Integration Sensory et de l'acronyme : IS), résultant d'une association entre différents modèles.

Dans un axe de travail ascendant, correspond également la **méthode Wilbarger** développée par deux ergothérapeutes (Schultz-Krohn, 2013). Cette technique tactile proprioceptive à pression profonde, traite la défense sensorielle via un protocole précis à respecter.

D'un point de vue Top-down, l'approche de Marjorie PALMER, permet de faire évoluer le panel alimentaire de l'enfant par une variation des caractéristiques des aliments proposés (Havard & Carreau, 2009). Cette approche nommée : **micro-gradué**, s'associe à une précaution particulière sur l'échelonnage de présentation des aliments, afin d'éviter le refus de l'enfant.

Ce concept de micro-gradation est également investi dans l'approche : sequential oral sensory approach to feeding (SOS), signifiant : **approche sensorielle orale séquentielle de l'alimentation** (Ruffier Bourdet, 2018). Cette approche initiée en 1980, est utilisée par plusieurs professionnels formés à la méthode, comme les orthophonistes et les ergothérapeutes (Ross & Toomey, 2011). Avec cette méthode en appui, l'enfant apprend par le jeu en étant guidé et soutenu par le thérapeute dans des étapes hiérarchiques, selon le développement normal de l'acquisition des compétences alimentaires. L'objectif de ces étapes est d'apprendre à l'enfant à gérer physiquement les aliments, d'augmenter son plaisir en abaissant ses peurs et diversifier son alimentation pour une plus grande tolérance sensorielle. Ces notions rejoignent l'objectif de la diversification alimentaire, ciblée dans mon étude. Il y a peu de recherches dans la littérature sur l'efficacité de l'approche SOS pour les enfants avec un TAP sans trouble associé, mais les professionnels de terrain relèvent divers avantages comme l'engagement des enfants et des familles, dans cette méthode douce et respectueuse (Dow, 2015).

Outre les fondements sensori-moteurs, d'autres approches axées sur la posture, la motricité oro-faciale et la déglutition co-existent, tel que le programme et les outils **Talktooth**, accessibles pour les thérapeutes et les parents (Rosenfeld-Johnson, 2002).

Dans un objectif de complémentarité, les ergothérapeutes peuvent combiner plusieurs méthodes. À titre d'exemple, l'approche **Cognitive Orientation to daily Occupational Performance** (Co-op) est un levier afin de structurer les séances (H. J. Polatajko & Mandich, 2017). Ce procédé dynamise et guide les compétences cognitives de l'enfant, pour favoriser ses compétences motrices. Dans cette dynamique de structure de séance, des **approches cognitivo-comportementales** peuvent aussi se combiner à d'autres techniques afin d'aider l'enfant à gérer son comportement et tolérer positivement différents stimuli sensoriels (Havard & Carreau, 2009).

Parallèlement aux actions sur la personne, une **intervention directe sur l'environnement** est possible comme une adaptation du matériel ou des conseils sur l'organisation du repas (Havard & Carreau, 2009).

Clôture de l'accompagnement

L'accompagnement est terminé lorsque les objectifs sont atteints et que le client n'exprime plus de difficulté et de besoin (Santinelli, 2010). D'un point de vue temporel, l'accompagnement en ergothérapie ne représente qu'un moment dans la journée de l'enfant, alors que sa famille et son domicile sont pour lui, une source de continuité dans son quotidien (Santinelli, 2010). Mon questionnement au cours de ma recherche exploratoire porte sur le pont entre l'accompagnement réalisé par l'ergothérapeute et l'activité au domicile familial de l'enfant.

3. PROBLÉMATIQUE

À la suite de ma recherche exploratoire, mon étude aboutie à la problématique suivante : **comment l'ergothérapeute favorise-t-il la généralisation des acquis en séance lors des repas à domicile, d'un enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique sans trouble associé, à partir de la période de la diversification alimentaire, afin d'améliorer son rendement co-occupationnel ?**

4. CADRE CONCEPTUEL

4.1. Modèle conceptuel du rendement et de l'engagement occupationnel

4.1.1. Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel

L'utilisation d'un modèle conceptuel guide ma pratique, à partir d'une théorie pour argumenter ma recherche (Morel-Bracq, 2017). C'est un schéma associant des concepts via une modélisation d'une réalité parfois complexe à comprendre. Dans le cas de mon mémoire de fin d'études, il guide et construit ma recherche. De manière explicative, le MCREO est un modèle conceptuel élaboré dans le champ de l'ergothérapie. Cette vision professionnelle est schématisée par trois sphères imbriquées

interdépendantes (Annexe 4), dont je me saisis pour définir mes concepts : la personne, ici l'enfant : délimitée par le domaine affectif, physique, cognitif et spirituel ; son environnement : physique, institutionnel, culturel et social ; et ses occupations : de soins personnels, de loisirs, et de productivité (Caire, Rouault, & Morel-Bracq, 2017).

4.1.2. Rendement occupationnel lors du repas de l'enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique

Comme son nom l'indique, le MCREO place le rendement au centre de l'occupation. Le rendement occupationnel est conceptualisé comme « *le résultat d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la personne, l'environnement et l'occupation. Le rendement occupationnel évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations signifiantes qui lui procurent de la satisfaction* » (Townsend & Polatajko, 2013, p.446). Dans le cadre de cette étude, il est quantifiable de manière subjective par l'enfant et ses parents en répondant à la question : comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez votre repas actuellement ? (Law et al., 2014). La cotation subjective se réalise entre un et dix, pour quantifier le ressenti d'être capable de réaliser l'activité. Le rendement est une expérience vécue, influencée par les rôles de l'enfant et de ses parents, ainsi que de l'environnement. La difficulté se manifeste lorsqu'ils souhaitent préparer et partager un repas, mais des obstacles les empêchent d'atteindre leur objectif comme ils le désirent (Law et al., 2014). Le rendement est ainsi relié au concept du sentiment de satisfaction. C'est-à-dire leur état d'être satisfait, réjoui de leur rendement lors du repas. Au regard de comment l'enfant se sent capable de manger à son domicile, il exprime avec ses parents sa satisfaction selon ses difficultés éprouvées.

4.2. Personne : l'enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique et ses parents

4.2.1. Conception de la personne

En phase conceptuelle de mon étude, selon le MCREO, la personne étudiée se précise avec les composantes physiques, cognitives, affectives et spirituelles (Caire et al., 2017). D'un point de vue physique, les principales fonctions impliquées dans le repas de l'enfant sont les fonctions sensorielles tactiles, orales et oro-motrices (Ruffier-Bourdet, 2022). En effet, le repas est seulement la partie visible de l'occupation. L'analyse de cette activité se décompose en différentes fonctions et composantes personnelles (Ross & Toomey, 2011).

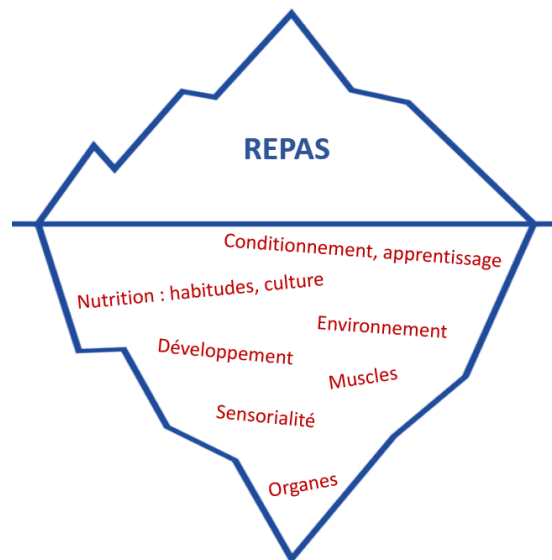


Figure 4 - Fonctions humaines invisibles impliquées dans l'activité du repas. Adaptée depuis « SOS Approach to Feeding », par Ross & Toomey, E. K., 2011.

Le sens porté à l'activité du repas dépend de la spiritualité de l'enfant, c'est-à-dire ses croyances et ses valeurs. La spiritualité est une notion centrale pour considérer l'enfant, car c'est ce concept qui l'encourage à s'engager dans son repas, c'est ce qu'il pense. L'engagement signifie « *ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés* » (H. Polatajko et al., 2013, p.28). L'engagement occupationnel de l'enfant est un concept hors de mon étude, mais doit être défini et considéré, car il impacte le rendement, qui lui est étudié. En effet, ce sont des concepts liés pour qualifier l'occupation d'une personne dans un environnement et le repas de l'enfant à son domicile familial. La cible de mon étude est l'enfant avec un TAP sans trouble associé à partir de sa diversification alimentaire. La diversification alimentaire est une étape du développement de l'oralité. Ce développement désigne le changement graduel de l'Homme, dans le temps, et de son comportement occupationnel dans l'environnement (Townsend & Polatajko, 2013). Dès l'étape de la diversification alimentaire, l'enfant communique verbalement et corporellement. Pour exprimer ses besoins et ses attentes ; ses parents sont une ressource supplémentaire. Pour désigner l'enfant et ses parents, mon étude peut mentionner le terme de client. Ce mot employé par les ergothérapeutes, représente la personne ou le groupe accompagné dans les soins en ergothérapie (Santinelli, 2010). À l'inverse du patient considéré comme passif, le client est acteur de sa thérapie. La relation entre l'enfant et ses parents relève de la dimension affective, qui est un sous-concept de la personne, que je détaille dans mon cadre conceptuel, pour mieux comprendre et considérer l'enfant dans son occupation.

4.2.2. Dimension affective : lien entre l'enfant et ses parents lors du repas

Les parents construisent et transmettent un modèle culturel lors des interactions à l'intérieur et à l'extérieur du domicile (Santinelli, 2010). C'est en famille que l'enfant apprend la valeur des activités de la vie quotidienne, comme le repas. Cette activité ne se cantonne pas uniquement à un geste moteur, mais une exploration du monde, une affirmation sociale en interaction avec l'environnement (Briatte & Barreau-Drouin, 2021). Partager un repas en famille, signifie un échange social et un lien affectif entre l'enfant, ses parents responsables de ses soins, et sa fratrie. Pour les parents, la qualité de l'interaction avec leur enfant lors du repas est importante (Bordet, Viodé-Bénony, Pierrehumbert, Bénony, & Sanchez, 2011). Cependant, lors du repas de l'enfant avec un TAP, les facteurs psychosociaux influencent négativement son rendement (Goday et al., 2019). Le problème occupationnel naît de manière générale, d'une inadéquation entre les capacités alimentaires de l'enfant et les attentes du parent, responsable de son alimentation. En termes d'interactions comportementales, les parents peuvent être déconcertés face à un enfant dont le comportement ne correspond pas à leurs attentes. Il peut ainsi apparaître d'un point de vue affectif pour le parent : de l'inquiétude, un sentiment d'être inexpérimenté, d'être mal informé, d'avoir moins de patience ou de disponibilité. Ce lien peut renforcer involontairement un comportement de refus de nourriture de la part de l'enfant, comme l'utilisation de stratégies non adaptées, le forcer à finir son assiette et dans le cas échéant lui donner une punition restrictive. Le stress parental est d'autant plus grand avec une pression sociale où ils se retrouvent pointés du doigt à cause de leur relation perturbée lors de repas avec leur enfant (Senez, 2020). Pourtant, chaque dyade parent-enfant est unique et incomparable (Thibault, 2017). La co-occupation du repas ne doit pas être un combat. Cette interaction entre l'environnement et les facteurs personnels, notamment limitants, transforme le repas de l'enfant avec un TAP en difficulté, absence de plaisir et source d'angoisse pour les personnes impliquées. Ainsi, suite à la multiplication d'expériences néfastes, l'enfant avec un TAP met en place un comportement d'évitement, pouvant évoluer jusqu'au refus, face à sa co-occupation du repas (Goday et al., 2019).

4.3. Occupation : la co-occupation du repas

4.3.1. L'occupation du repas pour l'enfant avec un TAP

Issue des sciences de l'occupation, l'occupation humaine est un concept précis et le domaine d'expertise des ergothérapeutes. On peut définir l'occupation comme une expérience individuelle dans un contexte spécifique en termes de temps, de lieux physiques, culturels et sociaux (Pierce, 2016). L'occupation est subjective et dépend du sens que la personne lui accorde. Selon le cadre de mon étude, l'occupation peut être de trois domaines (Law et al., 2014) :

- Des soins personnels : l'hygiène personnelle, la mobilité fonctionnelle ou la vie communautaire.
- Des loisirs : des activités récréatives paisibles, des loisirs actifs, ou de la vie sociale.

- De la productivité : le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer, le jeu ou le travail scolaire.

En m'appropriant ces concepts et sous-concepts, je détermine le repas de l'enfant comme un soin personnel fondamental pour vivre et d'hygiène personnelle. L'occupation est réalisée dans un contexte environnemental, ici le domicile de l'enfant. De manière observable, l'occupation peut être détaillée en activité, en tâches, en actions et mouvements volontaires ou processus mentaux (H. Polatajko et al., 2013). L'activité : s'alimenter, n'est pas une fonction à but uniquement nutritionnel. Elle dépend de la sphère environnementale et personnelle. Manger quotidiennement est un enjeu vital pour vivre en bonne santé. La santé est un état de bien-être tridimensionnel : physique, mental et social (OMS, 1948). Dans la conception du repas de l'enfant, je ne peux pas me restreindre à la définition de l'occupation, car l'enfant en développement est indissociable de ses parents. Ainsi, d'un point de vue social, j'approfondis la notion de co-occupation.

4.3.2. Concept de la co-occupation du repas

La co-occupation est une occupation avec une dimension sociale prépondérante où l'expérience est partagée entre plusieurs personnes (Pierce, 2009). L'occupation est ainsi réalisée par deux ou plusieurs personnes. En termes de temporalité, lors d'une co-occupation, les personnes agissent en même temps ou en alternance, comme lorsque le parent donne le biberon ou nettoie le siège de son bébé après son repas. La co-occupation est centrale dans les premières années de vie de l'Homme, entre le parent et son enfant par leurs interactions réciproques (Gee, Troy, Aubuchon, & Ramsdell, 2021). C'est une dynamique où se lient les émotions, l'intention et le physique. C'est ainsi une expérience partagée, une interaction significative pour plusieurs personnes engagées (Caire & Poriol, 2023). La co-occupation du repas implique l'enfant et celui qui s'occupe de lui, c'est-à-dire ses parents.

4.4. Environnement de l'enfant

4.4.1. Définition de l'environnement

La personne se situe dans un environnement particulier physique, institutionnel, culturel et social (Caire et al., 2017). Cela inclut l'environnement habituel ou nouveau, les valeurs, le sens et la culture. Manger est une habitude quotidienne pour les pays les plus développés, comme la France. Le repas est une habitude, une activité quotidienne caractérisée par un rythme journalier, liée aux conditions environnementales (Meyer, 2013). Les habitudes s'inscrivent dans un environnement physique, institutionnel, culturel et social. Dans le cadre de ma problématique, je m'intéresse particulièrement à l'environnement familial lors du repas au domicile. Une habitude est un comportement quasi automatique, lors d'une occupation quotidienne, sensible aux efforts de la personne pour la réaliser et l'entretenir dans le rôle associé, avec efficacité et satisfaction. Ce concept est à différencier des routines, qui se limitent à définir une séquence de tâches, des schémas purement moteurs. Si je me

contente des tâches pour décrire le repas, manger correspond à une séquence de vingt-cinq à trente-deux tâches motrices et sensorielles (Ross & Toomey, 2011). Dans le cadre de mon étude, je ne restreins pas ma vision sur des compétences personnelles, mais sur l'occupation résultant d'une interaction personnelle et environnementale. L'environnement peut être une ressource ou un facteur de privations prolongées. Il facilite ou empêche le rendement co-occupationnel de l'enfant (H. Polatajko et al., 2013). Dans le cas du TAP, l'exploration de l'environnement est limitée (Senez, 2020). L'expérimentation du monde par le main-bouche est fragilisée par une conduite d'évitement face aux stimuli sensoriels et environnementaux. En effet, les expériences sensorielles sont vécues différemment par les enfants avec un TAP. En termes d'expériences sensorielles et à titre d'exemple, la diversification marque le début d'une période riche en stimulations lors du développement (Briatte & Barreau-Drouin, 2021). Ainsi, l'environnement influence la personne et ses actions dans son occupation. L'enfant avec un TAP, freiné dans son développement, ses occupations notamment celle du repas sont impactées. Cet impact peut être un problème quotidien pour l'enfant et ses parents (Challard & Poirette, 2023).

4.4.2. Environnement physique habituel de l'enfant : son domicile familial

Un enfant mange dans différents environnements selon son parcours de vie : son domicile, chez sa nourrice ou ses grands-parents, chez des amis, à la crèche, à l'école ; en intérieur ou en extérieur. Cette liste est non exhaustive et dépend de chaque enfant. Le domaine de mon étude vise l'interaction de l'enfant avec un TAP lors de son repas dans son environnement familial : son domicile en France. Lorsque je cite le repas au domicile familial, j'aborde l'environnement habituel et quotidien de l'enfant, avec ses parents et éventuellement sa fratrie. Les facteurs physiques et matériaux durant le repas peuvent être des sources de distractions sensorielles, pouvant être désagréables pour l'enfant. Les distractions peuvent être visuelles avec la télévision, olfactives avec l'odeur de la cuisine, auditives avec les bruits de couvert ou de l'horloge, ou proprioceptives et attentionnelles avec des difficultés pour rester assis (Ruffier Bourdet, 2018). Dans ce sens, l'ergothérapeute peut analyser l'environnement spatial et sensoriel occupationnel de l'enfant afin de proposer des aménagements ou prodiguer des conseils ergonomiques, sensoriels et comportementaux. Le but est de créer un environnement familial positif et potentiellement de s'appuyer sur un effet miroir avec la famille. Les personnes qui mangent en même temps que l'enfant, sont considérées comme des co-acteurs. Ils font la même chose : manger un repas, au même moment. Les repas dépendent de multiples facteurs familiaux tels que la culture, les croyances, la situation socio-économique, l'organisation familiale et les relations sociales. Chaque famille organise son fonctionnement quotidien, ses habitudes, en coordonnant les activités individuelles et collectives (Santinelli, 2010). Le repas est généralement un moment de partage où la famille se retrouve et échange. Le rôle de chacun est relié à des modèles de comportements particuliers (Townsend & Polatajko, 2013). Dans mon étude, je définis le terme de client : l'enfant et ses parents,

car les soins sont centrés directement sur eux ; je considère ainsi la fratrie comme une variable environnementale pouvant être une ressource pour l'enfant. En effet, l'influence sociale des interactions lors du repas, peut impacter le changement individuel par l'engagement co-occupationnel (Goday et al., 2019). Par exemple, un grand frère peut aider ou motiver le plus petit à manger un aliment, sous forme de défis. En ce qui concerne les parents, les publications scientifiques comme les recommandations de Santé Publique France pour l'alimentation des enfants (2022) engagent une attente culturelle et peuvent provoquer une pression sociale. Seulement, dans le cas d'un enfant avec un TAP, les compétences de l'enfant ne correspondent pas aux attentes culturelles selon les directives nutritionnelles (Goday et al., 2019).

4.4.3. Environnement institutionnel : le cabinet d'ergothérapie

Un enfant côtoie différents environnements selon son parcours de santé. Les enfants avec des besoins spécifiques dédient une temporalité supplémentaire à leurs soins, contrairement aux autres enfants (Santinelli, 2010). Majoritairement, les séances en ergothérapie pour les enfants avec un TAP sont individuelles, mais peuvent être collectives. La présence des parents est fondamentale et la présence de la fratrie peut être un levier. L'habilitation est sensible aux conditions sociales, ce que les ergothérapeutes appellent l'environnement (Caire et al., 2017). L'habilitation se retrouve dans la définition de l'ergothérapie. L'habilitation est en cohérence avec l'approche centrée sur le client, décrite dans l'accompagnement de l'enfant avec un TAP. Le verbe : habilitier, peut se traduire par le fait de mettre en place des moyens, mais avec un accent particulier sur l'engagement des personnes, la compréhension, l'apprentissage, la réflexion personnelle et la réflexion critique (Beagan et al., 2013). Ce n'est pas un concept purement théorique, c'est une dynamique complexe à appliquer sur le terrain. Il appuie le changement de l'environnement par « *les processus visant à faciliter, guider, coacher, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir, encourager ou collaborer avec les personnes, [...] afin de mettre à disposition des personnes les outils permettant de diriger leur vie* » (Beagan et al., 2013, p.116). Le changement environnemental modifie le rendement occupationnel et l'engagement, de manière prévisible, graduée ou soudaine (Caire & Poriel, 2023). Ainsi, le concept de généralisation des acquis du cabinet au domicile de l'enfant apparaît comme fondamental.

4.5. Généralisation des acquis

4.5.1. Le concept de généraliser

La généralisation signifie l'investissement d'habiletés d'une activité pour une même activité, mais dans un environnement différent (Goldenberg, 2016). Dans le cadre de mon étude, cela signifie la réutilisation des habiletés acquises en séance au cabinet, dans un cadre thérapeutique, vers le domicile familial de l'enfant. L'enfant doit réutiliser ses connaissances (ses savoirs) et compétences (ses savoir-

faire) dans un environnement différent à celui où il a effectué son apprentissage. Comme manger un aliment au cabinet puis manger un aliment au domicile. Le travail pour généraliser un apprentissage se concentre sur les tâches directement pertinentes pour la vie quotidienne, ici manger des aliments diversifiés. C'est réaliser un pont, un lien, pour réutiliser ce qui est appris vers la vie quotidienne et familiale (Vianin, 2009). C'est savoir réaliser l'activité dans n'importe quel contexte qui l'exige. La généralisation est un concept à différencier du transfert. Leur définition est différente selon les auteurs. Je considère ici le transfert comme l'utilisation d'habiletés pour acquérir une habileté différente. C'est-à-dire utiliser les compétences d'une activité pour réaliser une autre activité. Enfin, réutiliser ses compétences acquises dans le même environnement où on l'a développé signifie l'application (Samson, 2002). Lorsque la personne tient compte de la ressemblance d'une même activité, mais dans un autre contexte, elle généralise ; quand elle réalise une autre activité avec des compétences d'une autre activité, elle transfère. Ces concepts dépendent de multiples facteurs. Dans le cadre thérapeutique, l'approche utilisée par le thérapeute impacte la généralisation des acquis (H. J. Polatajko & Mandich, 2017).

4.5.2. Lien environnemental : du cabinet au domicile

Les ergothérapeutes s'intéressent toujours aux activités quotidiennes de l'enfant dans son fonctionnement familial (Santinelli, 2010). C'est le cas pour les enfants avec un TAP et la diversification de leur alimentation lors de leurs repas. Ainsi, l'accompagnement thérapeutique ne s'arrête pas au seuil de la porte du cabinet, une continuité se réalise dans leur quotidien. En effet, des programmes d'intervention peuvent s'inviter au domicile de l'enfant. Les missions à réaliser à la maison permettent d'investir une compétence acquise en séance, par la répétition dans les habitudes afin d'ancrer l'apprentissage dans le quotidien. Seulement, les programmes et les méthodes pour les familles, doivent correspondre aux routines familiales. Les parents possèdent un rôle auprès de leur enfant, qu'il ne faut pas dévier vers le rôle de thérapeute. Le temps passé en famille et les moments de partage ne doivent pas être contraints et réduits par les traitements. Les traitements trop contraignants, non agréables pour l'enfant, jusqu'à son opposition, peuvent être un inconfort familial au quotidien et générer des conflits dans la dyade parent-enfant. Naturellement, les parents protègent leur enfant. Face à un traitement inconfortable et invasif, la famille désinvestit l'outil ou la méthode pour préserver leur quotidien et leurs relations. Les familles adoptent plus facilement des stratégies et outils ludiques, agréables à partager et faciles à réaliser. Ce ne doit pas être une charge de travail, mais une ressource pour leur quotidien. Pour s'accommoder, les ergothérapeutes proposent un temps d'essai et réévaluent régulièrement l'intérêt de leurs outils et leurs stratégies. Les outils investis de la séance d'ergothérapie vers le domicile de l'enfant, peuvent être multiples et dépendent des besoins de l'enfant. Dans le cadre de mon étude, l'outil ou la stratégie dépend du TAP de l'enfant. À titre d'exemple, certains

professionnels utilisent des carnets de communication pour renforcer le lien entre le cabinet et la maison pour soutenir et valoriser les progrès de l'enfant. La construction de ce dernier s'adapte et peut regrouper : les événements importants de la journée au regard du traitement, le vécu de l'enfant à la maison, les difficultés observées par les parents, ou d'autres points importants pour les professionnels, l'enfant et la famille. L'approche et la méthode sont des moyens, et l'objectif doit orienter leur utilisation. Dans l'accompagnement de l'enfant avec un TAP, l'objectif est de généraliser les compétences acquises en séance, à son domicile. On parle de généralisation des résultats thérapeutiques aux tâches détaillant l'occupation (Goldenberg, 2016). Pour améliorer cette généralisation, l'entourage de l'enfant doit être impliqué dans l'activité (Le Gall, 2012). Ceci encourage l'enfant pour réaliser ses missions quotidiennes à son domicile, entre les séances. Cette approche ludique favorise l'engagement de l'enfant dans son accompagnement ergothérapique.

4.6. Cadre de l'approche Sequential Oral Sensory approach to feeding

4.6.1. *Définition et principes*

Le TAP est un trouble délicat et complexe qui nécessite des approches spécialisées, comme l'approche SOS (Ruffier Bourdet, 2018). Cette approche se fonde sur cinq principes, détaillés en conférence, dans les publications scientifiques et lors du programme de formation pour les professionnels (Ross & Toomey, 2011; Toomey, 2024).

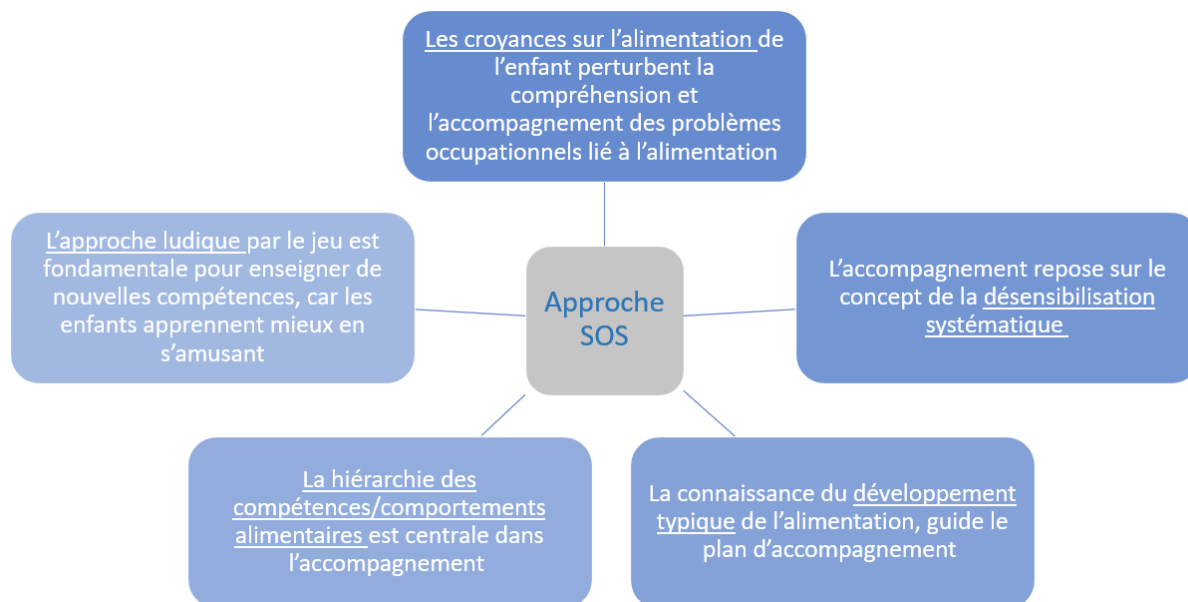


Figure 5 – Cinq principes de l'approche sequential oral sensory approach to feeding. Adaptée selon « Introduction to the SOS Approach to Feeding Program », par Toomey, K., 2024, <https://sosapproachtofeeding.com/introduction-to-the-sos-approach-to-feeding-program/>

Les croyances sur l'alimentation font écho à la dimension affective entre les parents et l'enfant lors du repas. De ce point, la méthode engage l'environnement de l'enfant et sa spiritualité à travers l'accompagnement indirect des parents pour comprendre et s'engager avec leur enfant. Les connaissances du développement de l'oralité (alimentaire et verbale) permettent de comprendre la problématique de l'enfant avec un TAP, en donnant une ligne directrice afin d'aider l'enfant à progresser dans les étapes de son développement chronologique. Ces connaissances ne sont pas détenues uniquement par les thérapeutes, mais partagées à la famille en faveur du partenariat familial (Deconchas et al., 2023). Dans un cadre ludique comme l'explique Ruffier (2018), le professionnel respecte le niveau sensoriel de l'enfant que ce soit visuel, tactile, olfactif et oral (Annexe 5). Le jeu pensé par l'ergothérapeute, pour l'enfant, place le nouvel aliment comme un but. L'expérience alimentaire signifiant l'interaction entre l'enfant et l'aliment, est aversive dans le cadre du TAP. Ainsi, la spécificité de cette méthode réside dans la hiérarchie des compétences et comportements pour s'alimenter. Cette hiérarchie échelonne et divise catégoriellement cinq stades : tolère, interagit, sent, touche et goûte par le détail de 32 étapes (Annexe 6).

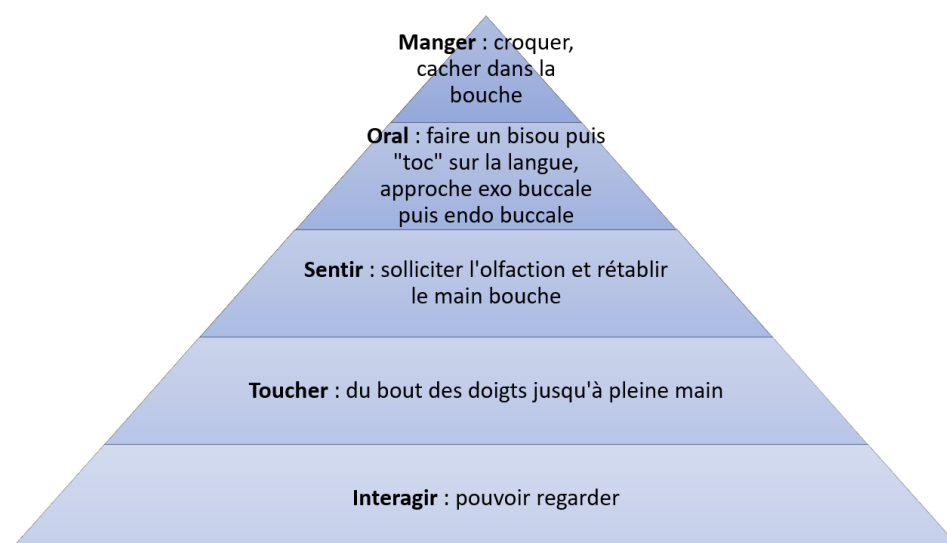


Figure 6 - Hiérarchie des compétences pour la désensibilisation systémique alimentaire. Adaptée de « Les troubles de l'oralité alimentaire : une dimension sensorielle, mais pas seulement », par Ruffier, M., 2018, ANFE ergOTHérapie, 69, p. 35

C'est une approche systémique graduelle pour la désensibilisation sensoriellement de l'enfant, face aux aliments qu'il ne peut pas manger, mais qu'il souhaite et que ses parents désirent intégrer dans son alimentation habituelle non aversive (Ruffier Bourdet, 2018). Dans le même but que l'enfant progresse dans l'acquisition de ses compétences alimentaires, il doit être exposé quotidiennement au nouvel aliment, jusqu'à quinze fois à chaque étape, de manière positive, afin de l'intégrer dans son panel alimentaire (Ruffier Bourdet, 2018).

4.6.2. La mise en pratique de l'approche

La méthode peut être utilisée en séance individuelle ou en séance de groupe, selon l'âge de l'enfant et ses problématiques (Toomey, 2024). Les séances sont cadrées selon des rituels en début de séances, comme une préparation sensorielle avec des exercices d'équilibre assis, de respiration, oro-faciaux, un lavage des mains, et une description de la séance axée sur l'alimentation. La séance se poursuit ensuite par un jeu selon les étapes de la hiérarchie alimentaire (divisées en cinq étapes et trente-deux sous-étapes). Pour apaiser la tolérance sensorielle de l'enfant, l'ergothérapeute propose une exposition progressive face à un aliment nouveau, que la famille peut amener de leur domicile et qu'ils souhaitent appréhender en séance (Dow, 2015). Ainsi, les différentes gammes d'aliments, selon leur taille et texture, sont travaillées à chaque étape de cette hiérarchie. En effet, le professionnel vise un renforcement positif où l'enfant est mis en situation de réussite, par une quantité alimentaire qu'il peut approcher avec plaisir. Face à la nouveauté, un aliment que l'enfant a l'habitude et qu'il apprécie est utilisé pour favoriser son engagement et faciliter ses transitions vers le nouvel aliment. Ce dernier est qualifié d'aliment copain par Ruffier (2018). L'enfant contrôle son exposition selon sa tolérance, il n'est pas contraint ou forcé (Dow, 2015).

4.6.3. Spécificité de l'approche : hiérarchie des compétences pour la désensibilisation systématique

Le principe de désensibilisation est exploité par Senez (2020) pour qualifier les actions progressives et pluriquotidiennes afin d'améliorer la tolérance de l'enfant. Dans le cadre de l'approche SOS, la définition du concept équivaut à cette considération. Le programme tient compte de l'enfant de manière holistique pour traiter les raisons de ses difficultés à s'alimenter, c'est-à-dire de manière organique, musculaire, sensoriel, selon son niveau développemental, d'apprentissage, nutritionnel et de son environnement (Dow, 2015). L'évaluation de ces compétences permet ainsi de guider ceux qui impactent son comportement lors de son repas quotidien familial (Ruffier Bourdet, 2018). Le terme systématique de l'approche SOS rappelle la réutilisation de la méthode à chaque repas. Dans ce cadre conceptuel, l'environnement considéré pour la co-occupation quotidienne du repas de l'enfant avec un TAP, est son domicile familial. L'approche SOS place l'enfant acteur de ses soins et se centre sur sa famille pour une transposition dans son quotidien, ne s'arrêtant pas à la sortie de sa séance d'ergothérapie. L'interaction sociale entre l'enfant et les parents est un renforçateur social positif pour soutenir la progression dans les étapes hiérarchiques (Dow, 2015). Ce renforcement naturel dans l'environnement habituel de l'enfant, accentue les bénéfices de l'approche dans l'environnement familial (Toomey, 2024). Ainsi, hypothétiquement, des clés comme des outils ou des stratégies doivent être transmises au parent afin d'aider l'investissement de la méthode SOS, au profit des acquis de l'enfant à son domicile familial.

5. HYPOTHESE

En somme, face à ma problématique émergée de ma recherche exploratoire : comment l'ergothérapeute favorise la généralisation des acquis en séance lors des repas à domicile, d'un enfant avec un TAP sans trouble associé, à partir de sa diversification alimentaire, pour améliorer son rendement co-occupationnel ? L'investissement de mes concepts fondamentaux m'amène à l'hypothèse suivante : l'ergothérapeute favorise la généralisation des acquis en séance d'un enfant avec un TAP sans trouble associé à son domicile **par la mise en place d'outils et de stratégies selon la hiérarchie de désensibilisation systématique de l'approche sensorielle orale séquentielle de l'alimentation (SOS), investis par les parents** ; afin d'améliorer son rendement co-occupationnel.

6. CADRE EXPERIMENTAL

6.1. Objectifs de l'enquête

J'engage des concepts sous une forme opérationnelle afin de les étudier efficacement lors de l'enquête (Annexe 7) (Marquet, Van Campenhoudt, & Quivy, 2022). Cette conceptualisation opérationnelle, est une construction objective des termes abstraits pour mieux analyser leurs liens dans des phénomènes concrets. Les concepts que j'étudie sont étroitement liés, mais distincts par leur définition en sous-concepts avec des indicateurs. Un indicateur est une composante observable pour estimer le degré de présence d'un concept, sur le terrain. Ces derniers sont mes repères au regard des concepts engagés dans chaque objectif. Par cette considération, mes objectifs d'enquête sont les suivants :

- ⊕ Identifier les modalités d'accompagnement et les approches utilisées en séance, pour améliorer le **rendement co-occupationnel**.

Sous-objectifs	Critères d'évaluation
Identifier le cadre des séances en ergothérapie	▸ Fréquence et lieu des séances : institution, environnement professionnel et aménagement de la salle ▸ Personnes présentes durant la séance
Identifier le processus d'évaluation et d'intervention des séances	▸ Evaluation(s) utilisée(s) pour évaluer la co-occupation ▸ Evaluation(s) utilisée(s) pour évaluer les compétences sensorielles et alimentaires de l'enfant : nom, nombre d'étapes, passation, outils et/ou grille d'évaluation ▸ Processus d'intervention : description des grandes étapes
Identifier les approches spécifiques utilisées en séance	▸ Séquençage des activités des séances, protocole des séances ▸ Caractéristiques de l'approche utilisée : modèle ou principe général pour guider la séance
Identifier l'impact des séances sur le rendement de l'enfant	▸ Diminution des répercussions identifiées dans le TAP (Annexe 2)

- ⊕ Repérer **les outils et les stratégies** mis en place en séance, pour favoriser la **généralisation des acquis** au domicile avec les parents

Sous-objectifs	Critères d'évaluation
Repérer les outils et les stratégies spécifiques mis en place au cabinet	▸ Nom d'outil, support matériel lors de la séance ▸ But de l'outil en séance : ludique, trace la progression, central dans la séance ou secondaire ▸ Fréquence et mode d'utilisation : par l'enfant et/ou l'ergothérapeute ▸ Type de support : caractéristiques matérielles ▸ Contenu : items inscrits sur le support ▸ Étapes progressives : graduation/adaptation de l'outil
Repérer les stratégies et les outils importés à la maison	▸ Nom de l'outil, support matériel utilisé au domicile ▸ Fréquence d'utilisation : utilisation après la séance d'ergothérapie ou non, nombre et situation d'utilisation par jour ▸ But de l'outils : aide, ludique, trace la progression, motivation, report d'informations pour la séance
Repérer comment est intégré le parent dans l'accompagnement et sensibilisé aux outils utilisés par l'enfant	▸ Fréquence et moyen(s) de communication entre l'ergothérapeute et le parent : verbal et non verbal ▸ Description d'une collaboration et partenariat thérapeutique ▸ Description des étapes chronologiques pour la mise en place d'outil(s) avec le parent ▸ Mode d'utilisation du support matériel/immatériel de l'enfant, utilisé par/avec le parent : installation de l'outil, annotation

- ⊕ Décrire une corrélation entre l'approche utilisée en séance, intégrée dans les outils et les stratégies, selon **l'approche SOS**, et la **généralisation des acquis** au domicile.

Sous-objectifs	Critères d'évaluation
Identifier si l'approche de désensibilisation sensorielle est utilisée	▸ Respect d'une approche lente, progressive en plusieurs étapes selon les compétences de l'enfant ▸ Respect d'un apprentissage positif et d'un renforcement positif où l'enfant gère physiquement l'activité (comportement réponse)
Repérer si l'outil et les stratégies utilisées s'inspirent des étapes hiérarchiques de l'approche SOS	▸ Respect d'une graduation sensorielle progressive et séquentielle en plusieurs étapes : tolérer, interagir, sentir, toucher, goûter puis manger
Repérer si les principes de l'approche SOS intégrés dans les outils et les stratégies, aident la généralisation des acquis au domicile	▸ Champ lexical portant sur le changement d'environnement ▸ Identification du vocabulaire cause-effet entre les deux concepts et leurs indicateurs (Annexe 7) ▸ Report d'une diminution des signes défensifs sensoriels, et d'une amélioration de la satisfaction lors de la co-occupation

Ces objectifs sont complémentaires dû à leur potentielle relation (Marquet et al., 2022). Des critères d'évaluation qualitatifs, pour la majorité, sont reliés à chaque concept (et leurs indicateurs).

6.2. Public cible enquêté

Pour répondre à mes questionnements, je cadre les caractéristiques des acteurs pouvant répondre à ma recherche (Blanchet & Gotman, 2015). Je définis donc des critères de sélection : d'inclusion et de non-inclusion (Tétreault, 2014). Ces derniers sont précis car ils sont les gages de qualité de mon enquête. Dans le cadre juridique français, avec la loi Jardé, je réalise mon enquête auprès des ergothérapeutes (acteurs centraux de mon étude) ; sans intervenir auprès de l'enfant et sa famille (personnes indirectes ciblées dans mon échantillon). Les personnes interrogées (ici les ergothérapeutes) sont considérées comme responsables de l'accompagnement ergothérapique étudié. À titre méthodique, je conçois les critères selon le cadre de mon étude (le contexte) et les variables étudiées (les concepts). Cependant, je ne limite pas ces critères à mes concepts afin de potentiellement étudier, ce que je n'ai pas cadré dans mon hypothèse ; afin de la valider, ou non.

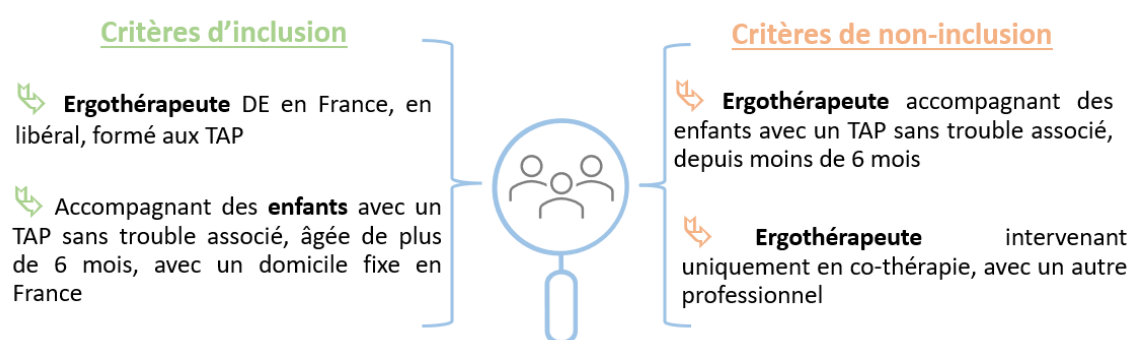


Figure 7 – Critères d'inclusion et de non-inclusion de l'enquête

Abréviations : DE, Diplôme d'Etat ; TAP, trouble alimentaire pédiatrique

En termes de modalités de recrutement, je recours à un intermédiaire dématérialisé et direct en contactant les ergothérapeutes par mail (Blanchet & Gotman, 2015). La sélection des mails professionnels est aléatoire afin d'interviewer des ergothérapeutes caractéristiques de la population étudiée, selon les critères de sélection. Les mails professionnels utilisés sont communiqués sur le web et les sites internet de plusieurs ergothérapeutes en libéral. Afin de tracer le recrutement des professionnels dans mon étude, j'entretiens un carnet de suivis. Pour prendre contact avec les ergothérapeutes, je suis vigilante aux données que je formule afin de garder la neutralité de l'enquête auprès du public. Lorsque les personnes correspondent aux critères de sélection, et sont en accord pour participer, alors je mets en place mon outil d'investigation.

6.3. Choix de l'outil

Parmi les outils disponibles pour mon étude, j'utilise une démarche interlocutoire, une méthode d'entretien verbal : un entretien (Blanchet & Gotman, 2015). Ce dernier me permet d'enquêter sur les données qualitatives ne correspondant pas aux autres méthodes ; et auprès de cette population

étudiée qui est restreinte. Au vu des concepts de ma recherche, je dois prendre le temps avec l'ergothérapeute interviewé pour approfondir la compréhension de son discours, relatant sa réalité de terrain (Tétreault, 2014). Je souhaite m'assurer de la signification des termes et des concepts abordés. L'entretien est semi-directif, c'est à dire semi-dirigé, afin d'aborder chaque concept important dans ma recherche, sans trop canaliser ou ouvrir les questions (Marquet et al., 2022). Cette méthode est un accès direct, aux informations données par les ergothérapeutes, pour décrire leur expérience individuelle, humaine et professionnelle. Ainsi, les entretiens semi-directifs sont individuels. Afin d'étudier la reconstitution de leur processus d'action précis ; l'entretien est l'outil le plus adéquat pour mon étude et mes contraintes (temporelles, de terrain d'enquête, de formations et juridiques). Dans le cadre de cette enquête principale, je prends en considération les données ethnographiques de chaque personne interviewée (Tétreault, 2014). Ces composantes impactent l'entretien, lui-même coconstruit par l'interaction qu'il engage (Blanchet & Gotman, 2015). Idéalement et temporellement, l'entretien dure entre soixante et quatre-vingt-dix minutes (Tétreault, 2014). Il est sectionné en quatre étapes dans lesquelles j'anticipe mes propos et mes actions (Annexe 8).

6.4. Passation de l'enquête

Pour cet entretien structuré, j'utilise un guide de l'entretien (Annexe 9). Ce dernier structure l'échange en organisant les thèmes, les concepts, à aborder ; mais ne le dirige pas (Blanchet & Gotman, 2015). Mes sous-objectifs sont ordonnés selon un résonnement progressif en entonnoir, afin de limiter l'induction de mon hypothèse et le biais des réponses. La chronologie des thématiques est la suivante :

- Identité et généralités socio-professionnelles
- Approche générale de l'accompagnement pour le rendement co-occupationnel du repas
- Spécification des outils et des stratégies mis en place au cabinet pour l'enfant et ses parents pour leur domicile
- Adaptation des outils et des stratégies pour l'enfant selon les principes de l'approche SOS
- Causalité de l'approche SOS dans les outils et les stratégies envers la généralisation des acquis.

Je saisis ainsi l'entretien comme une technique pour obtenir un discours libre, répondant à mes questions de recherche en regard de mes objectifs. Il est un levier afin de relancer l'échange verbal sur les thèmes pertinents pour ma recherche d'études. Avec ce dernier, j'organise les questions par thèmes, avec des transitions (Sauvayre, 2021). Mener un entretien relève du savoir-faire et savoir être en restant neutre, en adaptant le langage dans les relances, par la reformulation et le recentrage. Je ne suis pas formée spécifiquement, mais par la connaissance des biais et de ce qui se joue dans cet espace interactionnel, je limite les erreurs de validité pour la fiabilité des résultats, afin de les analyser de manière significative.

Lors de la construction d'un outil, l'analyse des résultats doit être anticipée. Chaque entretien est ainsi enregistré avec un magnétophone afin de recueillir les données qualitatives, et procéder par la suite à une analyse de contenu (entretien par entretien, thématique, puis formalisé) (Beaud & Weber, 2010; Blanchet & Gotman, 2015). D'un point de vue éthique, le consentement éclairé écrit de chaque ergothérapeute interviewé est un pilier fondamental de la recherche (Beaud & Weber, 2010; Blanchet & Gotman, 2015).

6.5. Résultats et analyse

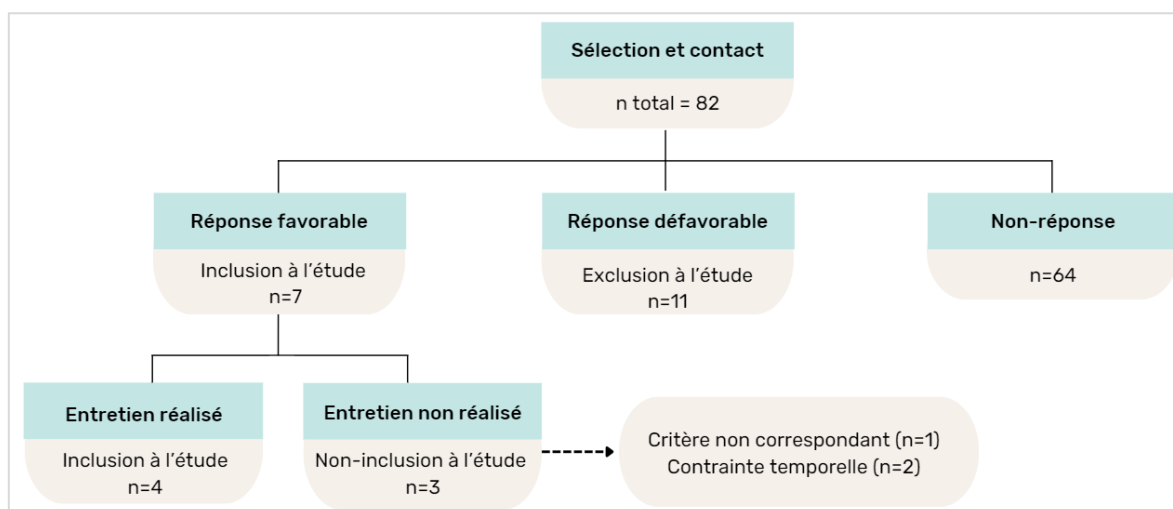


Figure 8 - Diagramme de flux des ergothérapeutes contactés pour l'étude.

Légende : n, nombre d'ergothérapeutes

Aux prémices de l'enquête, quatre-vingt-deux mails sont envoyés aux ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion. Cependant, l'étude comptabilise soixante-quatre non-réponses et onze réponses défavorables pour diverses raisons : congé maternité, arrêt de la pratique ou non correspondance aux critères d'inclusion de l'étude. Conséquemment aux sept réponses favorables obtenues, trois ergothérapeutes ne sont pas inclus à cause des critères de non-inclusion et des contraintes temporelles. Ainsi, quatre entretiens semi-directifs sont réalisés. À la suite des entretiens, je réalise une retranscription (Annexe 10) de ces derniers afin d'exploiter les données qualitatives, à l'aide d'une grille d'analyse et procéder à une analyse de contenu (entretien par entretien puis thématique). Avec cette technique, j'analyse les résultats par thèmes et sous-thèmes, avec une mise en lien de ces derniers comme des unités de comparaison. Les quatre entretiens se sont déroulés en visioconférence durant : quarante-neuf minutes avec la première ergothérapeute, une heure trois avec la seconde ergothérapeute, trente-cinq minutes avec la troisième et une heure avec la quatrième ergothérapeute. Quatre temporalités différentes qui dépendent de leur fluidité de langage, la précision dans leurs propos et les contraintes temporelles environnementales.

6.5.1. Caractéristiques des enquêtés : identités et généralités socio-professionnelle

SOUS-THEME	ERGOTHÉRAPEUTE 1	ERGOTHÉRAPEUTE 2	ERGOTHÉRAPEUTE 3	ERGOTHÉRAPEUTE 4
Diplomation	En 2011 à Montpellier	En 2017 à Nancy	En 2011 à Berck	En 2018 à Créteil
Expérience professionnelle antérieure	10 ans en gériatrie au CHU et en EHPAD	4 mois en libéral 2 mois à 50% en SESSAD 2 semaines en SSR	1 an et demi en libéral et en CAMSP 1 an et demi en SSR	2 ans en libéral
Lieu d'exercice actuel	- Depuis 2022 70% en libéral et 30% en CAMSP	- Depuis 2021 100% en libéral	- Depuis 2014 100% en libéral	- Depuis 2020 100% en libéral
Formations complémentaires réalisées	- Formation de Marie Ruffier-Bourdet il y a 2 ans - Formation à d'autres problématiques - Formation sur le neurodéveloppement	- Formation de Marie Ruffier-Bourdet : trouble alimentaire pédiatrique il y a 1 an - Formation en Intégration Sensorielle - Réflexe archaïque - Développement de l'enfant 0-4 ans - Langage saccade conceptuel	- Formation de Marie Ruffier-Bourdet en 2022 - Formation groupe Miam-miam	- Formation de Marie Ruffier-Bourdet - Formations depuis 2 à 4 ans - Graphisme - Développement enfant 0-4 ans - Ergothérapie en néonatalogie - Premier module d'intégration sensorielle - Formations sommeil du tout petit

Tableau 4 - Caractéristiques socio-professionnelles des ergothérapeutes interviewés. Abréviations : CHU, Centre Hospitalier Universitaire ; SESSAD, Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile ; SSR, Soins de suite et de réadaptation

Les ergothérapeutes interviewées sont quatre femmes, diplômées de différents instituts de formation. Deux ergothérapeutes sont diplômées de la même année : 2011 ; tandis que les deux autres sont diplômées plus récemment. Leur parcours professionnel est différent mais leur pratique actuelle est majoritairement en libéral (en correspondance avec mes critères d'inclusion d'études). Chaque ergothérapeute accompagne entre un et quatre enfants avec un TAP sans trouble associé. L'ergothérapeute 3 dispose de dix ans d'expérience en libéral, accompagne depuis cinq ans les enfants avec un TAP, mais elle a réalisé sa formation avec Marie Ruffier-Bourdet il y a deux ans. L'ergothérapeute 1 a réalisé sa formation du TAP avec Marie Ruffier-Bourdet il y a deux ans, l'ergothérapeute 2 il y a un an et l'ergothérapeute 4 il y a environ deux ans. Au regard de leur formation suivie, les quatre ergothérapeutes ont suivi la même formation de Marie Ruffier-Bourdet sur le trouble alimentaire pédiatrique, il y a moins de trois ans.

6.5.2. Approche générale de l'accompagnement par l'ergothérapeute sur le rendement

Cadre des séances habituelles

SOUS-THEME	ERGOTHÉRAPEUTE 1	ERGOTHÉRAPEUTE 2	ERGOTHÉRAPEUTE 3	ERGOTHÉRAPEUTE 4
Temporalité des séances	- Séances hebdomadaires - ou à la quinzaine - Durant 45 minutes	- Une fois par semaine - Durant 45 minutes	- Minimum une fois tous les 15 jours - Cela dure 45 minutes	- Une fois par semaine pour les plus petits - A la quinzaine pour les plus grand - Durant quarante-cinq minutes
Environnement des séances	- Séances principalement au cabinet mais au besoin l'intervention est en collectivité, mais ça fait des frais en plus pour la famille - J'ai pas encore été dans les domiciles car c'est pas évident pour les familles de faire rentrer un thérapeute chez eux	Que du domicile et des écoles, je n'ai pas de cabinet	- Séance - au cabinet essentiellement et parfois des mises en situation repas au domicile selon la distance	Au cabinet, mais il n'est pas médicalisé, ça ne fait pas hôpital
Personnes présentes durant la séance	Parents présents au début des suivis	Parents à chaque fois	Pas toujours ça dépend	- Au moins un des deux parents à chaque séance - La présence des parents est variable selon les enfants

Tableau 5 – Caractéristiques du cadre des séances des ergothérapeutes interviewés

De manière générale, la **durée des séances** des quatre ergothérapeutes est de quarante-cinq minutes. Pour deux des ergothérapeutes interrogées, la **fréquence des séances** est fixée à une séance tous les quinze jours. Les deux autres ergothérapeutes adaptent la fréquence des séances selon l'âge de l'enfant entre une fois par semaine ou une fois tous les quinze jours. D'un point de vue de **l'environnement**, trois ergothérapeutes réalisent les séances principalement au cabinet d'ergothérapie et interviennent occasionnellement au domicile selon les besoins et contraintes financières de la famille. En effet, la première ergothérapeute explique que cela engendre des « *frais en plus pour la famille* » et c'est « *moins évident pour les familles de faire rentrer un thérapeute chez eux* ». À l'inverse, la deuxième ergothérapeute explique qu'elle ne dispose pas de cabinet et qu'elle intervient au domicile de l'enfant directement : « *je ne fais que du domicile et des écoles, je n'ai pas de cabinet* ». La **présence des parents** au cours des séances est variable selon les ergothérapeutes. Chacune d'entre elles alimente leur propos avec une notion de variabilité : « *la présence des parents est variable* » ou « *ça dépend* » ou « *je vois le jour J en fonction de l'enfant* ».

Approches spécifiques du trouble alimentaire pédiatrique des enfants

Les quatre ergothérapeutes avec la même formation, citent précisément l'approche « **micro-gradué** » et « **l'approche SOS** ». L'ergothérapeute 3 nomme plus précisément « **la méthode d'habitation progressive** », attendant aux principes des deux approches officielles précédemment citées. Le choix de l'approche « *dépend des difficultés de l'enfant* » comme le cite l'ergothérapeute 3. Deux ergothérapeutes sur quatre, qualifient la méthode de micro-graduation comme le réalise l'ergothérapeute 1 : « *l'approche micro graduée est plus une méthode qu'on utilise avec les TSA* » (abréviation TSA : troubles du spectre de l'autisme). Ainsi, l'approche micro-graduée semble peu utilisée par les ergothérapeutes auprès des enfants avec un TAP sans trouble associé. En effet, chaque ergothérapeute explique que l'approche utilisée, dépend de l'enfant et de sa famille.

Considération parentale

À travers les échanges avec les quatre ergothérapeutes, cinq sous-thèmes prédominants sont identifiés.

SOUS-THEME	ERGOTHÉRAPEUTE 1	ERGOTHÉRAPEUTE 2	ERGOTHÉRAPEUTE 3	ERGOTHÉRAPEUTE 4
Ecoute de la détresse parentale	A un moment donné c'est devenu compliqué à la maison	C'est une famille, ils se sentent dépassés et c'est très angoissant pour eux	La priorité de la maman s'est vraiment tournée vers l'alimentation	En général, les patients, ils viennent dans mon cabinet, parce que les parents sont à bout
Reconnaissance du rôle d'expert des parents	Jamais je ne serai le spécialiste de l'enfant comme le parent peut l'être	Deux mamans fragiles, mais à fond pour leur enfant	Elles connaissent très bien leur enfant»	Le parent en tant qu'expert de son enfant parce que c'est lui qui est h24 avec son enfant
Psychoéducation	Donner l'information aux parents déjà, de leur expliquer que ça ne va pas forcément se faire tout seul	- Il y a surtout l'éducation parent pour sortir du préjugé de l'alimentation - Je leur disais des exemples concrets	Je leur explique et c'est eux qui vont pouvoir me dire aussi si c'est clair pour eux	- Il y a des principes de base que je leur explique - Je les confronte à quelque-chose qui leur pose problème avec des exemples concrets
Communication verbale avec les parents	Un demi-débrief parfois un peu avant la fin des séance avec le parent	continuellement au cours de la séance	Je fais le point avec la maman toujours	En début de séance, je fais le point sur ce qui s'est passé depuis la dernière fois qu'on s'est vu
Partenariat parental	Le partenariat parental, il est important	Je m'adapte aux objectifs des parents et leur priorité	Les parents sont vraiment des partenaires	Je suis plus dans le partenariat parental et l'alliance parentale

Tableau 6 – Principaux principes reportés par les ergothérapeutes au regard de leur approche spécifique pour les parents des enfants accompagnés

Les propos des quatre ergothérapeutes relatent une écoute particulière de la **détresse parentale** en citant des adjectifs sur le thème de la détresse. Cette détresse est engendrée selon deux ergothérapeutes par la courbe pondérale analysée par le médecin : « *face à cette courbe les parents sont vachement dans la culpabilité* » (citation de l'ergothérapeute 4), et les attendus sociaux selon l'âge : « *c'est comme s'y avait une frontière de tu as tel âge, t'es censé savoir-faire ça, et ça stresse les parents qui du coup ils ont plus de flexibilité* » (citation de l'ergothérapeute 2). Les quatre ergothérapeutes qualifient leur approche spécifique des parents, à travers une **écoute particulière** et

la **compréhension de leurs habitudes familiales**. En effet, l'ergothérapeute 3 cite : *« je vais me déplacer à domicile et je leur demande de faire un repas afin de partager un repas comme ils ont l'habitude de faire dans leur quotidien pour vraiment bien voir l'environnement. Les stratégies mises en place par les parents. »*, tandis que l'ergothérapeute 4 explique : *« en fait, je me dis que si on ne se base pas sur les habitudes de la famille, ce qui est quand même notre rôle en tant qu'ergothérapeute, on ne peut pas espérer changer quoi que ce soit. »*. L'ergothérapeute 2 parle des **valeurs** de la famille : *« La question écologique aussi de manger de saison, certains ce sont leurs valeurs »*. En résumé, cette considération de la famille est retrouvable dans les propos de chacun d'entre eux. D'un point de vue des habitudes, et des rôles sociaux, le **rôle d'expert** des parents au sujet de leur enfant est fondamental pour les quatre ergothérapeutes. Il est également admis de manière unanime, sous la notion de **psychoéducation** envers les parents, les actions pour *« donner l'information »*, *« expliquer »*, et *« déconstruire les idées reçues »*. L'ergothérapeute 4 prononce : *« Et souvent j'ai l'impression que quand on échange avec les parents et quand on déconstruit un petit peu tous les mythes qu'on a autour de l'alimentation, on a déjà le niveau des parents qui diminue en termes de difficultés. »*. Dans cet axe de psychoéducation, l'ergothérapeute 2 et 4 donnent aux parents des **exemples concrets**. Les **échanges verbaux** entre l'ergothérapeute et le parent présent lors de la séance, varient selon les interviews. La première ergothérapeute le réalise *« un peu avant la fin de séance »* car *« ça me permet éventuellement de leur montrer les choses en direct, une manière de présenter un outil, une stratégie X ou Y, ça permet aussi aux parents parfois bah de tilter aux choses qu'ils n'auraient pas, auxquelles ils n'auraient pas avancé pendant l'entretien »*. La seconde ergothérapeute réalise le point continuellement au cours de la séance, la troisième ergothérapeute de manière variable et enfin la dernière en début de séance. Pour finir, la terminologie du **partenariat parental** est retrouvable dans le discours des quatre ergothérapeutes de manière récurrente, tout au long des interviews. Le sujet *« les parents »* est employé de manière régulière dans leurs explications.

Evolution du rendement co-occupationnel

Le vocabulaire **d'évolution** et des **progrès** est abordé par les quatre ergothérapeutes. Au cours de l'entretien, l'ergothérapeute 1 parle de l'enfant en disant : *« il voit ses progrès »*. Conjointement, l'ergothérapeute 2 identifie également un impact sur le rendement co-occupationnel, en reportant à propos d'une enfant : *« elle a commencé à accepter de toutes petites quantités et maintenant elle mange quand même quasiment de tout »*. De plus, elle reporte les paroles de la mère : *« elle m'a dit notre enfant progresse »* *« Elle m'a dit même au boulot je me sens mieux. En fait, ça a aidé la petite, mais ça l'a beaucoup aidé elle aussi »*. Ainsi, l'ergothérapeute appuie ses explications sur les bénéfices tirés par **l'enfant** et son **parent** au cours du repas, et en dehors du repas. Lors du troisième entretien, l'ergothérapeute 3 mentionne la présence de *« petits changements parfois observables »* mais **non**

significatifs sur le temps de l'accompagnement réalisé comme elle mentionne : « *Je ne les suis pas depuis assez longtemps je pense, pour avoir vraiment de réelles observations, mais là en tout cas pour cet enfant-là, la maman m'a dit qu'il goûte et essaie un peu plus.* ». Enfin, l'ergothérapeute 4 affirme que les bénéfices sont présents lorsque le suivi s'effectue : « *Il y en a qui n'accroche pas du tout avec l'approche. Et donc du coup, j'ai jamais de retour* », « *Oui, souvent il y a un impact, et c'est ce qui me rassure, c'est ce qui me fait continuer dans ce sens-là aussi.* ». En sommes, au regard du concept de rendement co-occupationnel, les quatre ergothérapeutes décrivent une évolution positive, plus ou moins significative selon elles, selon le temps de l'accompagnement, grâce à leur approche utilisée auprès des enfants avec un TAP et de leur famille.

Résumé analytique de l'approche générale pour le rendement co-occupationnel

Au regard des résultats de l'approche générale des ergothérapeutes, l'analyse peut se retranscrire de manière synthétique. En effet, les ergothérapeutes s'accordent pour décrire de séances au cabinet et au domicile avec la présence des parents selon l'enfant et la situation. Selon l'âge de l'enfant, les séances sont hebdomadaires ou tous les quinze jours. Elles utilisent plusieurs approches spécifiques comme l'approche SOS et micro-graduée. Cependant, l'approche micro-graduée n'est pas qualifiée comme la plus utilisée pour les enfants avec un TAP sans trouble associé, contrairement aux principes de l'approche SOS. Enfin, les ergothérapeutes ont un avis convergent, pour considérer les parents à travers l'écoute de leur détresse, la reconnaissance de leur rôle, l'importance du partenariat parental et l'utilisation de la psychoéducation en informant régulièrement les parents. Grâce à cela, le rendement co-occupationnel évolue favorablement, et plus ou moins significativement selon les ergothérapeutes qui tempèrent leur propos.

6.5.3. Spécification des outils et des stratégies mis en place au cabinet pour l'enfant et ses parents à leur domicile

Caractéristiques des outils et des stratégies

Comme le cite l'ergothérapeute 3 : « *les outils, ça dépend vraiment du profil de l'enfant* ». Cette terminologie de variables est utilisée par les quatre ergothérapeutes. Cependant, des principes de base récurrents sont identifiés dans les propos des ergothérapeutes interviewées. Les trois sous-thèmes identifiés sont : jeux et ludique, centres d'intérêts et motivation, plaisir et positif.

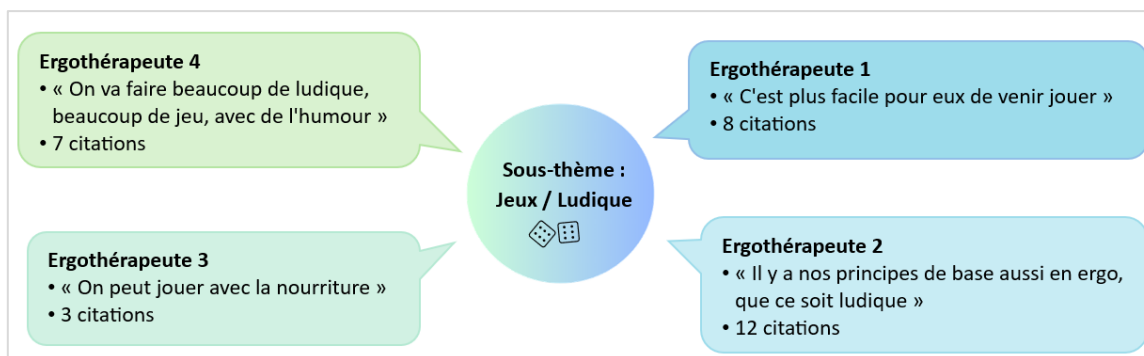


Figure 9 – Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire les outils et stratégies par le sous-thème : jeux et ludique ; et récurrence de ce vocabulaire dans leur discours

Les quatre ergothérapeutes décrivent la création des outils et des stratégies comme devant être adaptés sous forme de **jeux et ludique** pour l'enfant et la famille.

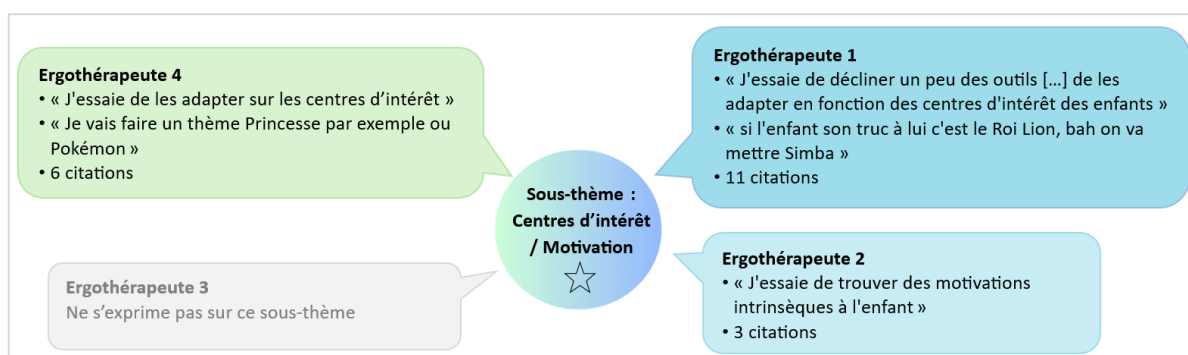


Figure 10 - Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire les outils et stratégies par le sous-thème : centres d'intérêt et motivation ; et récurrence de ce vocabulaire dans leur discours

Les ergothérapeutes 1, 2 et 4 décrivent la création des outils et stratégies pour l'enfant et la famille comme devant être adaptés selon les **centres d'intérêts** de l'enfant, ou selon la source de sa **motivation**. La troisième ergothérapeute ne cite pas précisément ce champ lexical dans son discours. L'ergothérapeute 1 et 4 donne les mêmes explications pour illustrer une de leur adaptation aux centres d'intérêt de l'enfant par l'illustration visuelle selon les goûts des dessins animés. Cette notion de support visuel est importante comme le stipule la première ergothérapeute : « *la présentation visuelle a une importance majeure* ».

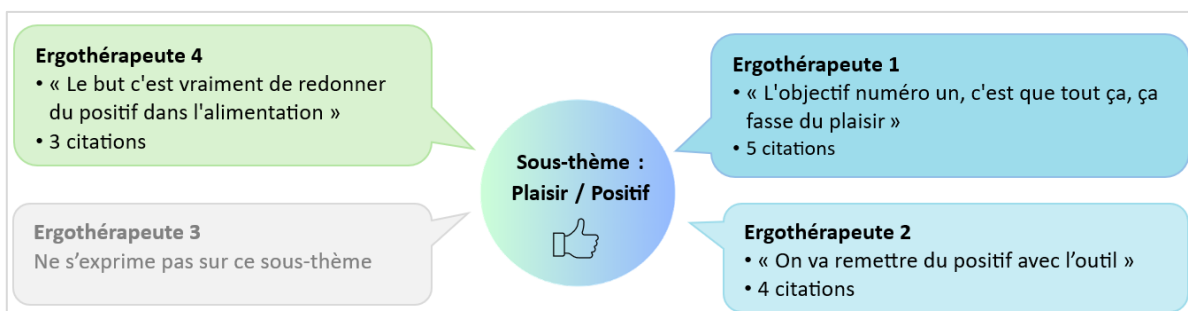


Figure 11- Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire les outils et stratégies par le sous-thème : plaisir et positif ; et récurrence de ce vocabulaire dans leur discours

En somme, les ergothérapeutes 1, 2 et 4 décrivent la création des outils et des stratégies pour l'enfant et la famille comme devant être : **ludiques**, ou sous forme de **jeux** ; adaptés selon les **centres d'intérêt** de l'enfant, ou selon la source de sa **motivation** ; ainsi que selon le **plaisir** trouvé ou le **positif** à en tirer. Communément aux autres interviewées, la troisième ergothérapeute décrit les outils et les stratégies devant être sous forme de jeux, sans aborder les autres sous-thèmes.

Spécification des outils et des stratégies pour le domicile avec les parents

Les outils et les stratégies donnés par les ergothérapeutes pour le domicile des familles sont « **variés** », comme le cite précisément trois des ergothérapeutes. Les outils sont tous « **différents** » et « **individualisés** » à chaque enfant, comme le citent les quatre ergothérapeutes. Elles ne dénomment pas toutes un outil ou une approche fixe, mais un ensemble d'exemples qui respectent les principes évoqués. L'ergothérapeute 1 précise donner plusieurs outils en même temps aux familles pour leur domicile : « *donc du coup moi je leur mets à disposition, souvent on fait un petit classeur en fait et comme ça on met plein de choses différentes. Moi, je ne suis pas à la maison pour voir ça* »

SOUS-THEME	ERGOTHÉRAPEUTE 1	ERGOTHÉRAPEUTE 2	ERGOTHÉRAPEUTE 3	ERGOTHÉRAPEUTE 4
Temporalité entre les séances	J'essaie de redonner une petite consigne, un peu comme des objectifs Smart, de se dire entre deux séances, c'est ça qu'il va falloir faire	Je leur ai dit, la prochaine fois, on enlève la distraction et on s'amuse	On avait mis la date, on avait mis une case pour les aliments à goûter	A chaque fin de séance, ils repartent avec une feuille avec des petites choses à mettre en place à la maison, pour la prochaine fois
Respect du quotidien en famille	C'est juste pas possible en fait d'imposer ça à des familles	Ne s'exprime pas sur ce sous-thème	- Alors moi, j'impose pas. - Dans le quotidien, ils n'ont pas toujours le temps parce qu'il y a un rythme	- Ça tient sur une page - Je veux jamais leur donner trop de trop d'infos et trop de choses à faire à la maison.
Lien et fil conducteur	J'essaie justement que ce soit le fil conducteur. Et l'enfant il connaît l'outil, [...] l'idée c'est quand même que lui il arrive à être autonome avec ça ».	Ne s'exprime pas sur ce sous-thème	L'outil c'est vraiment un lien entre l'enfant et le parent	Ne s'exprime pas sur ce sous-thème
Interaction/ Renforcement social	Renfort social de félicitations	- Avec les parents, il faut du renforcement positif - Si t'as les parents derrière qui viennent juste valoriser, c'est suffisant»	Ne s'exprime pas sur ce sous-thème	- Ce qu'il faut des parents , c'est d'encourager, valoriser - On peut fonctionner avec des renforceurs et des récompenses, mais ça dépend des enfants
Adaptation /Ajustement	Et du coup voilà, c'est vraiment de l'adaptation	c'est vraiment plus un support de planning de suivi [...] pour que moi je puisse aussi derrière réajuster	Ne s'exprime pas sur ce sous-thème	Je leur dis systématiquement que j'ai besoin de leurs retours, même entre les séances, pour savoir que ce soit positif ou négatif, pour que je puisse, moi, adapter.

Tableau 7 – composantes principales des outils et stratégies pour l'enfant à son domicile avec ses parents

Les quatre ergothérapeutes abordent **l'intervalle entre les séances** afin d'insérer comme le cite l'ergothérapeute 4 : « *des missions* » ou des « *conseils pour leur quotidien* », comme l'exprime l'ergothérapeute 2. D'un point de vue du quotidien, trois sur quatre des ergothérapeutes abordent la notion des **habitudes de la famille et le respect de leur planning**. De manière plus précise, l'ergothérapeute 1 explique : « *A un moment donné les parents ne peuvent pas gérer tout ça, ce n'est*

pas possible. Elle reste une petite fille de six ans, donc on ne peut pas lui imposer un emploi du temps de ministre ». La fréquence d'utilisation des outils s'adapte selon leurs habitudes et s'inscrit pour deux ergothérapeutes comme un « **lien** » et un « **fil conducteur** ». La subtilité se place entre l'ergothérapeute 3 qui parle du lien entre l'enfant et le parent, tandis que l'ergothérapeute 1 discute du lien entre le cabinet et le domicile de l'enfant. Toutefois, l'ergothérapeute 1 aborde une autre forme de lien et de « *maillon de chaîne* » en exprimant : « *L'idée, c'est que le parent s'autonomise un peu avec ça [...] je ne suis qu'un maillon de leur chaîne* ». Enfin, trois sur quatre ergothérapeutes affirment l'importance du **renforcement social**. Les quatre ergothérapeutes décrivent le mode d'utilisation de ce qu'elles proposent en identifiant « *l'enfant* » et « *ses parents* ». Ainsi, les deux co-acteurs sont identifiés dans cette co-occupation, apportant cette dimension sociale. Trois ergothérapeutes justifient la nécessité d'une « **adaptation** » et de « **réajuster** » les outils et stratégies pour les familles.

Résumé analytique des caractéristiques des outils et des stratégies mis en place au cabinet pour le domicile

Par rapport aux résultats, l'analyse peut être récapitulée. En effet, les idées majoritaires des professionnelles convergent vers l'utilisation d'outils et stratégies : ludiques, adaptés aux centres d'intérêt et qui apporte du plaisir à l'enfant et aux familles. Le renforcement social de la part des parents encourage l'enfant dans ses acquis. Les ergothérapeutes s'adaptent aux rythmes de la famille en reconnaissant les outils et les stratégies comme un fil conducteur. Enfin, entre les séances, des objectifs sont donnés et ajustés.

6.5.4. Adaptation des outils et des stratégies pour l'enfant selon les principes de l'approche SOS

Approche ciblée sur la sensorialité

Les ergothérapeutes proposent différents outils et stratégies centrées sur la sensorialité. Le plan sensoriel est catégorisé par les cinq sens (le toucher, la vision, l'odorat, l'olfaction et le goût) contenus dans le principe de l'approche SOS et ses étapes hiérarchiques. Cependant, la sensorialité va au-delà pour certaines ergothérapeutes qui prennent aussi en considération : la « *proprioception* », « *l'équilibre* », la « *coordination* » et d'autres capacités sensori-motrices. Ainsi, si on réalise une analyse large, la sensorialité ne s'arrête pas aux cinq sens. Chaque ergothérapeute place la sensorialité au carrefour du processus d'accompagnement des enfants avec un TAP. En effet, la sphère sensorielle est le point de départ de leur réflexion avec les évaluations, un objectif d'accompagnement et le but des outils et des stratégies utilisés.

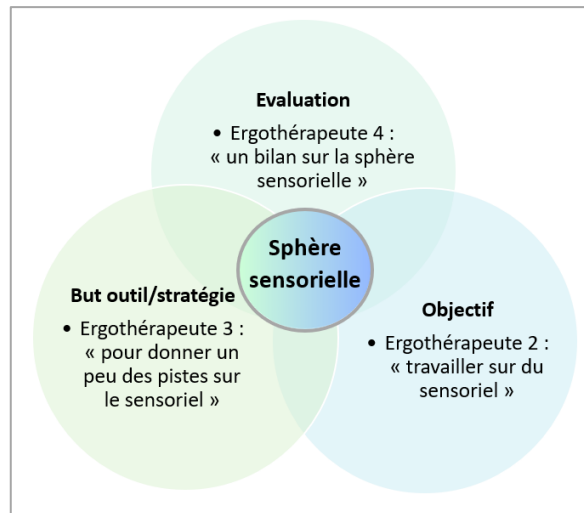


Figure 12 - Intégration de la sphère sensorielle dans le processus d'accompagnement des ergothérapeutes, illustrée avec des exemples de citation

L'intérêt de cette enquête n'est pas de réaliser une liste des outils existants ; mais de se concentrer sur l'analyse thématique des discours, au regard de la problématique et de l'hypothèse. Dans cet axe, la sensorialité est considérée au sens large par les quatre ergothérapeutes, mais les cinq sens sont régulièrement cités comme fondateur de leur approche. Cette considération des cinq sens fait le lien avec les principes de l'approche SOS.

Description des étapes hiérarchiques de l'approche SOS dans les outils et les stratégies

Au cours des quatre entretiens, les ergothérapeutes précisent le terme « *approche SOS* ». Trois ergothérapeutes abordent le terme précis : « **étapes** » pour décrire leur utilisation précise de l'approche. L'ergothérapeute 1 expose : « *il va falloir mettre des étapes. Et quand on dit à un enfant de goûter, on doit redescendre notre niveau d'exigence par rapport à ça.* ». L'ensemble des ergothérapeutes citent les **cinq étapes de l'approche SOS**, de manière précise avec les verbes : « *interagir* », « *toucher* », « *sentir* », « *manger* » et reformuler pour désigner l'étape orale, comme l'ergothérapeute 2 en citant : « *approche de la bouche* ». Ces étapes sont **intégrées dans les outils et les stratégies** données par les quatre ergothérapeutes. D'un point de vue **matériel (les outils)**, comme le spécifie la première ergothérapeute : « *par exemple ça va être un escalier du type SOS* », et comme le comment l'ergothérapeute 2 : « *l'escalier SOS, par exemple, cet outil-là, c'est un des outils que j'utilise le plus. Et après, ça dépend des cas.* ». La description de « *l'escalier SOS* » est donnée par les quatre ergothérapeutes de manière variable avec pour point commun la dénomination des étapes et le respect des « *compétences* » de l'enfant. Du point de vue **immatériel (les stratégies)**, ces étapes sont aussi intégrées dans les stratégies. Les quatre ergothérapeutes composent leur approche avec des « *outils* » (termes précis employés par chaque ergothérapeute). L'ergothérapeute 4 explique donner une « *approche* », ce que deux autres ergothérapeutes dénomment plus précisément une « *stratégie* »

pour les parents. En somme, trois ergothérapeutes abordent la thématique des stratégies en désignant ce qu'elles transmettent aux parents.

Description du principe de désensibilisation sensorielle selon l'approche SOS

Les quatre ergothérapeutes abordent la notion de **progression** à travers la description des stratégies et des outils. Ce sous-thème est un concept et un principe de l'approche SOS pour définir la désensibilisation sensorielle. L'ergothérapeute 4 n'emploie pas le terme précis de la progression, mais utilise la reformulation, à travers un exemple.

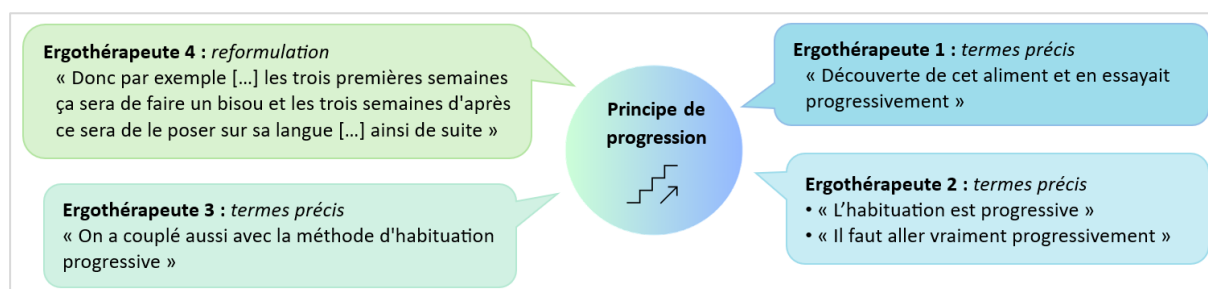


Figure 13 - Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire le principe d'une progression

L'ergothérapeute 1 cite précisément la notion **d'adaptation aux compétences de l'enfant** attendant à l'approche de désensibilisation sensorielle de l'approche SOS : « *Mais du coup voilà, j'essaie vraiment de m'adapter au niveau de compétence de l'enfant* ». Les ergothérapeutes 2 et 4 n'emploient pas ce terme précis, mais abordent la notion d'adaptation et d'ajustement de manière plus générale, non pas uniquement à l'enfant, mais à la famille.

Le vocabulaire de la **répétition** est évoqué par les quatre ergothérapeutes pour qualifier l'utilisation des stratégies et outils proposés en séance.

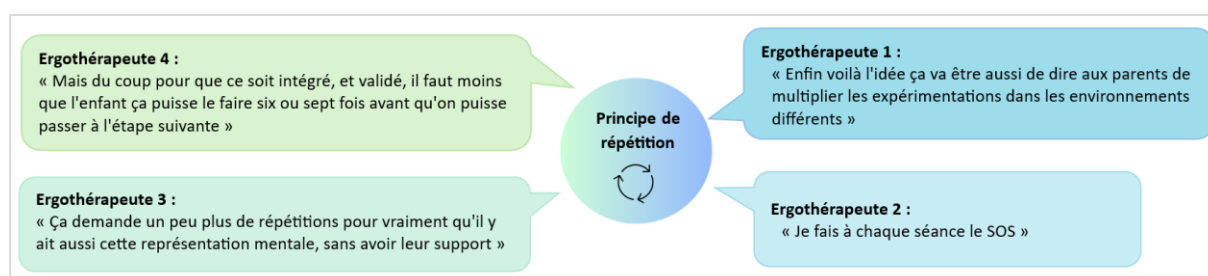


Figure 14 - Correspondance des citations des ergothérapeutes pour décrire le principe de répétition

Trois sur quatre ergothérapeutes insistent sur l'utilisation des outils et stratégies en citant le « domicile ». L'ergothérapeute 2 n'aborde pas de manière aussi marquée le changement d'environnement entre les séances d'ergothérapie et avec les parents. À la suite de ce résultat, une corrélation peut être réalisée avec l'environnement de son intervention : uniquement au domicile.

Résumé analytique des principes de l'approche SOS intégrés dans les outils et les stratégies

La sensorialité est centrale dans la réflexion des ergothérapeutes et leur définition plus large que les cinq sens. Cependant, les cinq sens sont un vocabulaire récurrent dans les quatre discours et hiérarchisé selon des étapes. Cette notion de hiérarchie est en corrélation avec le principe de l'approche SOS : les étapes hiérarchiques. Le vocabulaire lié à l'adaptation aux compétences de l'enfant, et les répétitions, sont les principes fondateurs de la désensibilisation systématique de l'approche SOS. Ainsi, les principes de l'approche SOS sont utilisés par les ergothérapeutes et intégrés dans les outils et les stratégies pour les enfants avec un TAP sans trouble associé, et leur famille.

6.5.5. Causalité de l'approche utilisée dans les outils et les stratégies envers la généralisation

La réponse des quatre ergothérapeutes pour déterminer si leur approche améliore la généralisation des acquis de l'enfant au domicile, est nuancée par des facteurs favorisant et défavorisant. Pour cela, les ergothérapeutes citent, selon elles, les éléments les plus importants de leur approche.

Facteurs favorisant la généralisation des acquis de l'enfant

L'ergothérapeute 1 explique l'objectif de ses séances, en abordant de manière spontanée le concept de généralisation, en citant : « *tout ce que l'enfant va pouvoir mettre en œuvre au cabinet, on va chercher à les généraliser au domicile. Parce que s'il n'y a pas cette généralisation au domicile, en fait on n'avance pas.* ». Les autres ergothérapeutes emploient le terme précis de généralisation, à la suite de la question qui porte sur ce concept.

SOUS-THEME	ERGOTHÉRAPEUTE 1	ERGOTHÉRAPEUTE 2	ERGOTHÉRAPEUTE 3	ERGOTHÉRAPEUTE 4
Fratrie	Ne s'exprime pas sur ce sous-thème	Un petit, qui m'a dit mon petit frère il trouve ça drôle donc il fait comme moi. Donc ben tant mieux. Bingo, ils s'encouragent	Ne s'exprime pas sur ce sous-thème	
Parents	Il faut bien que le parent soit sensibilisé à un moment donné, mais bien évidemment c'est lui qui va être garant de tout ce travail	- On voit des améliorations mais que quand on a une participation des parents - Oui donc en fait, finalement ça se généralise facilement. Quand les parents trouvent un bénéfice	Pour moi c'est inclure les parents dans la création de l'outil	- Mais de ce que je constate. Les parents qui me suivent et qui mettent en place ce qu'on fait, à la maison, ça fonctionne - Après ça devient leur routine
Outils et stratégies	En proposant des outils qu'on utilise ensemble en séance et en laissant ces outils à disposition quelque part, il y a quelque chose de de pareil et de constant direct et qui pour moi permet de faciliter un petit peu la généralisation	- Ça marche mieux quand moi je peux venir à un repas, mais ça dépend des familles. - C'est s'il y en a un des deux dans le couple qui est joueur et accepte de jouer avec la nourriture		
Approche SOS	- La plupart du temps je passe quand même par la méthode, alors je suis pas formée spécifiquement, à l'approche SOS - Enfin ce que je propose va être très inspiré de ça »	- Avec l'approche SOS, si je sens que la famille est apte à faire chez eux, à généraliser. - C'est toutes les semaines que je vais le faire.	- Je pense que la méthode SOS va plus facilement favoriser la généralisation. - Mais après j'ai pas encore trop de recul	A chaque fois, le principe, vraiment, je dirais, de ce que moi j'en ressort, c'est de venir apporter une émotion positive.

Tableau 8 - Facteurs favorisant la généralisation des acquis en séance de l'enfant à son domicile, selon les ergothérapeutes interviewés

Les quatre ergothérapeutes identifient des facteurs favorisant la généralisation des acquis des séances, vers le domicile. Tout d'abord, l'ergothérapeute 3 aborde la **fratrie** : la présence des frères au repas. Ensuite, l'ergothérapeute 3 précise l'importance de la « *participation* » des parents. Cette notion des **parents** est abordée par les quatre ergothérapeutes. L'ergothérapeute 1 les considère comme « *garants de ce travail* ». Les ergothérapeutes 3 et 4 identifient les parents comme un facteur favorable à la généralisation, en juxtaposant la notion **d'outils et de stratégies**. Pour ces ergothérapeutes, l'utilisation des outils et des stratégies est dépendante des parents, et les ergothérapeutes 1 et 2 expriment l'importance de leurs mises en place au domicile. L'ergothérapeute 2 précise cependant en plus la notion de « *jeux* ». Enfin, le dernier facteur favorisant la généralisation des acquis selon les ergothérapeutes interviewés, citée précisément par l'ergothérapeute 1, 2 et 3 est **l'approche SOS**. Uniquement l'ergothérapeute 3 cite : « *favorise la généralisation* », tandis que l'ergothérapeute 1 et 2 affirment utiliser fréquemment (« *la plupart du temps* » ou « *toutes les semaines* ») cette approche pour cet objectif de généralisation, avec les enfants TAP sans trouble associé. L'ergothérapeute 4 nuance plus son propos et ne cite pas l'approche SOS, mais cite « *l'approche positive* », faisant écho au sous-concept de désensibilisation systématique de cette approche.

Facteurs défavorables à la généralisation des acquis de l'enfant

SOUS-THEME	ERGOTHÉRAPEUTE 1	ERGOTHÉRAPEUTE 2	ERGOTHÉRAPEUTE 3	ERGOTHÉRAPEUTE 4
Psycho-affectif	- Et à un moment donné, ça a bloqué parce que je pense qu'on était vraiment sur ce truc que j'ai envie de dire psycho-affectif. - Si les parents ne sont pas motivés pour mettre des choses en œuvre, c'est pas la peine de lancer un suivi en fait, à mon sens. - L'idée c'est pas d'envoyer la famille au casse-pipe ou les mettre en difficulté.	- ça dépend vraiment des familles - Pour généraliser, c'est très dépendant des personnes d'en face	Je pense qu'il y a aussi un. Je pense à un aspect psychologique sur son parcours qui fait qu'elle avait toutes les billes en main. Mais ça. Ça ne se décantait pas.	C'est vraiment la compréhension et l'ouverture des parents à l'approche qu'ils peuvent avoir
Parents		Mais les parents comme celles et ceux qui sont divorcés, parfois un des parents en a juste rien à faire.	- Après, ça c'est pas toujours non plus évident quand tu veux, mais quand tu vois jamais le papa pour expliquer. - C'est souvent les mamans qui sont là	Et en fait, les parents, si on leur donne pas des trucs concrets qui leur parlent, bah, ça ne fonctionne pas
Outils et stratégies	C'est indispensable à la généralisation. En fait s'il y a pas un truc un peu matériel	Ne s'exprime pas sur ce sous-thème de manière défavorable		
Temporalité(s)	Temporalité de la vie de famille On essaie d'identifier qu'est-ce qui a été difficile, est-ce que l'enfant était fatigué	Temporalité de la vie de famille - Là je les ai pas vus pendant une semaine, ils sont partis en vacances donc ils ont complètement lâché le planning. - Du coup, je pense qu'il persévère pas forcément non plus sur plusieurs jours	Temporalité d'exercice Je pense que je ne suis pas encore assez habitué, j'ai pas encore les automatismes qui me permettent d'être fluide aussi dans l'accompagnement	Temporalité de l'accompagnement Ceux où je sens que j'arrive pas à créer cette alliance-là, que j'ai pas de nouvelle, qu'ils me suivent pas, quand je leur demande de venir avec telle ou telle chose, ils viennent pas
Environnement	Mais c'est le contexte, c'est l'environnement du cabinet. C'est rare que, d'eux même ils le reproduisent à la maison.	C'est la cantine qui les a mis dans le mal. Tout ce qui goûte à la cantine après il va plus le manger à la maison. Donc là aussi des fois des régressions comme ça.	Pour moi tu peux pas engager une rééducation TAP si déjà tu d'autres choses viennent gêner la participation	Mais ce qui est compliqué, c'est de le refaire à la maison

Tableau 9 - Facteurs défavorables à la généralisation des acquis en séance de l'enfant à son domicile, selon les ergothérapeutes interviewés

D'après les quatre ergothérapeutes, la dimension **psychoaffective** peut être un frein à la généralisation des acquis. Deux ergothérapeutes citent exactement les termes de « *psycho-affectif* » et « *psychologique* », tandis que les deux autres ergothérapeutes abordent le principe d'interaction avec la « *famille* » ou les « *parents* ». Dans cette continuité, selon les ergothérapeutes, les « **parents** » coacteurs à l'action peuvent également être un frein. L'ergothérapeute 1 et 4 abordent particulièrement un temps de leur discours (supérieur à 6 minutes chacun) le principe d'investissement des outils par les parents. L'ergothérapeute 2 et 3 mettent en valeur un autre frein : la présence et l'investissement différent entre les deux parents de l'enfant dans l'accompagnement général pour l'investissement des outils et des stratégies au domicile. Selon deux ergothérapeutes, si **les outils et les stratégies** ne sont pas « *concrets* » ou « *un peu matériel* », la généralisation est freinée. De plus, tous les ergothérapeutes considèrent le temps comme pouvant être défavorable. Plus précisément pour l'ergothérapeute 1 et 2, l'utilisation des outils et des stratégies au domicile dépend de la « *fatigue* » de l'enfant, et des « *vacances* » qui provoquent l'absence de suivi au cabinet. L'ergothérapeute 3 tempère ses propos en accusant potentiellement son habitude : « *pas assez habitué* », pouvant remettre en cause le niveau de généralisation de l'enfant. Toutefois, l'ergothérapeute est inclus dans l'étude et réalise depuis plus de six mois cette spécialité dans son activité. Enfin, l'ergothérapeute 4 remet en question la qualité de « *l'alliance* » thérapeutique avec les parents. Cette notion fait écho au concept de partenariat parental abordé dès le début de l'enquête. **L'environnement** est également une variable pouvant être un frein à la généralisation des acquis selon les quatre ergothérapeutes. Les ergothérapeute 1 et 4 abordent le vocabulaire de la « *maison* » tandis que l'ergothérapeute 3 désigne les repas réalisés au « *domicile* ». Enfin, l'ergothérapeute 2 l'environnement de la « *cantine* » pouvant causer des « *régressions* » au « *domicile* » malgré les acquis et l'amélioration du rendement qualifié plus tôt dans l'enquête.

Résumé analytique des principes de l'approche SOS intégrés dans les outils et les stratégies

À la suite des principaux résultats, l'analyse de ces derniers peut se synthétiser en deux parties. D'un côté les facteurs favorables opposés aux facteurs défavorables, à la généralisation des acquis.

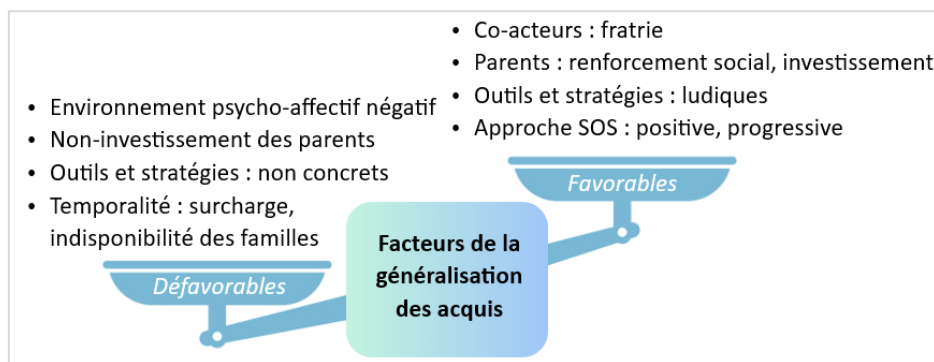


Figure 15 – Facteurs favorables et défavorables de l'approche des ergothérapeutes pour la généralisation des acquis de l'enfant au domicile

6.6. Discussion

Ces analyses de résultats par thématiques sont le sujet de la discussion en comparaison avec la littérature. La discussion de cette étude s'organise autour de trois axes. De primes abords, les résultats de l'enquête au regard de la littérature, ensuite les limites de l'enquête et enfin les perspectives de recherche.

La première thématique discutée est l'accompagnement et les approches utilisées en séance pour améliorer le rendement co-occupationnel. Au regard de la question de recherche, le cadre des séances d'ergothérapie constitue des variables pouvant influencer la mise en place des outils et des stratégies auprès des enfants et de leurs parents. La **présence des parents dans les séances** est variable selon les ergothérapeutes, en conformité avec la littérature et les arguments équilibrés de Santinelli (2010). Les quatre ergothérapeutes considèrent le **partenariat parental** comme fondamental et le décrivent comme dépendant des échanges verbaux, de l'écoute de la détresse parentale, de l'investissement variable des parents, de la reconnaissance du **rôle d'expert** des parents ainsi que la compréhension et le **respect des habitudes familiales**. Cette **écoute** dite **active** est la base de l'**attitude empathique** des soignants (Formarier, 2007). La littérature est en accord avec cette analyse, mais détaille les composantes du partenariat avec d'autres termes comme : la qualité de la communication, l'engagement des parents, le sentiment d'égalité, la reconnaissance des rôles de chacun et des compétences, la confiance mutuelle et le respect (Deonchas et al., 2023). Cette cohérence théorique démontre l'importance du partenariat et de ses leviers en pratique. Dans la littérature, **l'accompagnement, le partenariat et la guidance** font écho à des actions différentes, ce que l'analyse d'étude ne distingue pas aussi strictement (Dufour, 2017). Cette distinction taxonomique n'est pas au centre de l'enquête réalisée, donc n'est pas développée lors des entretiens. Néanmoins, le terme de « *guidance* » est précisément cité par une des ergothérapeutes interviewées (ergothérapeute 1), pour expliquer l'**approche psycho-éducative** auprès des parents. Les résultats de l'étude s'harmonisent sur l'intérêt de cette approche spécifique, nommée approche éducative par Ruffier-Bourdet (2018). Cette approche permet de soulager et d'accompagner ce que Goday (2019) décrit comme des difficultés psychosociales. Il semble ainsi avoir une corrélation entre la théorie et les résultats d'étude, pour déconstruire les idées reçues des familles, les fausses croyances et diminuer les exigences sociales trop élevées pour les enfants avec un TAP. Cette notion est d'ailleurs un principe fondateur de l'approche SOS : les croyances alimentaires perturbent la compréhension et l'accompagnement (Toomey, 2024).

La seconde thématique discutée est la spécification des outils et des stratégies au cabinet selon les principes de l'approche SOS pour le domicile de l'enfant et de sa famille. En résultats de l'analyse, les ergothérapeutes qualifient les outils et les stratégies comme nécessairement **ludiques** (sous forme de

jeu), **motivant** (adaptés aux **centres d'intérêt**), devant procurer du **plaisir** à l'enfant et aux parents. Parallèlement, selon Santinelli (2010), la stratégie ou l'outil doit être **facile, rapide, ludique et agréable**. Les propos sur la facilité et la rapidité ne sont pas précis dans l'analyse des discours. Ces critères, tirés de l'analyse, ne sont pas nouveaux pour la recherche, mais se conforment à la théorie. En effet, Ferland (2018) décrit également le jeu comme une méthode éducative où l'apprentissage est naturellement motivé. Le jeu peut être un outil matériel ou une stratégie, comme une attitude ludique, ici utilisée par les quatre ergothérapeutes. Selon l'analyse des résultats, les ressources sont **adaptées** aux familles, aux **compétences de l'enfant et des parents**. La littérature confirme la nécessaire adaptation des outils pour ne pas modifier le rôle des parents en thérapeute (Santinelli, 2010). La moitié des résultats d'analyse, considère l'outil comme un **lien** entre le cabinet et le domicile de l'enfant. Pour la mise en place de ce **fil conducteur**, il en résulte de manière unanime, l'utilisation et l'intégration préférentielle de **l'approche SOS** dans les ressources données aux enfants avec un TAP sans trouble associé. Cette approche qualifiée comme concrète et facile à intégrer dans les outils est une approche descendante. Selon la littérature, les approches descendantes sont les plus signifiantes et ludiques pour les enfants (Kennedy et al., 2013). La totalité des outils et des stratégies donnés par les ergothérapeutes, respectent le **niveau sensoriel** de l'enfant, où l'approche de l'aliment est étayée par des interactions sensorielles progressives. Ces étapes sensorielles correspondent aux stades de la **hiérarchie alimentaire de l'approche SOS** (Ross & Toomey, 2011; Toomey, 2024). Le respect du niveau sensoriel est une adaptation spécifique pour les enfants avec un TAP, expliqué par l'ergothérapeute Ruffier-Bourdet (2018). Un autre principe théorique de l'approche SOS est identifié dans l'analyse : le **partage des connaissances aux parents**, des étapes hiérarchiques de l'alimentation, leur donne une ligne directrice pour aider leur enfant. Toujours en concordance avec les fondamentaux scientifiques de l'approche SOS, l'analyse de cette recherche décrit la **désensibilisation sensorielle** comme **progressive, adaptée** et réalisée de manière **répétée sans mise en échec**. L'impact de ces principes sur les capacités de l'enfant n'est pas à prouver au cours de cette étude, car la littérature affirme les bénéfices (Ross & Toomey, 2011; Toomey, 2024). La question de recherche s'axe sur l'utilisation des outils et des stratégies, selon l'approche SOS, pour la généralisation des acquis au domicile avec les parents. Pour cela, **l'interaction comportementale** et le **renforcement social** sont identifiés dans les résultats d'études comme fondamentaux pour l'enfant, dans l'amélioration du rendement co-occupationnel, pour encourager la généralisation des acquis au domicile. La **dimension affective** et **l'influence sociale** ne sont pas une découverte pour la littérature. En effet, Goday (2019) décrit l'utilisation bénéfique de ses stratégies pour aider l'enfant à interagir avec la nourriture et d'induire un apprentissage positif (Goday et al., 2019). Par conséquent, en concordance avec la littérature, les principes de l'approche SOS sont majoritairement intégrés dans la création et dans l'utilisation des outils et des stratégies, pour les enfants avec un TAP sans trouble associé à leur domicile avec leurs parents.

La dernière thématique discutée est la corrélation entre l'approche utilisée dans les outils et dans les stratégies envers la généralisation des acquis au domicile. La question de la généralisation des acquis au domicile grâce aux outils et stratégies inspirés des principes de l'approche SOS n'est pas tranchée, mais nuancée par des facteurs favorables et défavorables. Dans un premier temps sous un regard positif, selon l'étude, la **fratrie** est un facteur social favorisant la généralisation des acquis au domicile. La remise en cause de ce résultat, interroge sur la source des bénéfices. La littérature approuve les bienfaits de l'approche SOS en thérapie de **groupe** (Toomey, 2024). D'autres expliquent les bénéfices du groupe dans l'activité du repas afin de solliciter **l'imitation et l'effet miroir** (Guillermie, 2014; Ruffier Bourdet, 2018). Ferland (2018) estime l'apprentissage **en famille** comme un réel atout pour favoriser les habiletés. Sous cet angle social, l'analyse des résultats place **les parents** comme garants de l'utilisation des outils et des stratégies. Pour cela, **l'intégration des parents dans la construction** d'outils **concrets** et de stratégie issus des principes de l'approche SOS, est favorable pour la généralisation des acquis au domicile. Cet engagement commun se dénomme dans la littérature comme une **co-construction** (Faure et al., 2019). Cette relation horizontale entre l'ergothérapeute, l'enfant et son parent reflète le nécessaire partenariat déjà évoqué, pour encourager **l'engagement** de l'enfant et ses parents. À l'inverse, des facteurs freinent la généralisation des acquis, comme des variables psycho-affectives, des contextes psychologiques et familiaux. **L'investissement de la famille** peut être une ressource ou un obstacle prolongé, qui facilite ou empêche le rendement co-occupationnel de l'enfant (H. Polatajko et al., 2013). D'après la science de l'occupation, le terme d'investissement peut être reformulé avec le terme **d'engagement**. Ainsi, l'utilisation des outils et des stratégies par l'enfant, peut-être encouragée ou contrainte par le niveau d'engagement des parents. La littérature réalise cependant une corrélation entre les avantages de l'approches SOS dite douce et respectueuse, pour l'engagement des enfants et des familles (Dow, 2015). Cependant, l'analyse d'enquête atteste une **différence d'implications inter et intra-parentales** pouvant restreindre la mise en place des outils et des stratégies au domicile. Les professionnelles décrivent chez les couples et les parents divorcés, des différences pour l'investissement des ressources données. Ce contexte est particulier et hors d'étude, mais doit être évoqué, car c'est un facteur défavorable. En effet, selon la littérature, le contexte social influence le rapport aux services de soins des parents (Dubé, Lacharité, & Lacombe, 2021).

Par l'ancrage de ces résultats dans une réflexion éclairée par la littérature, des limites apparaissent dans cette recherche. Plusieurs biais de méthodologie sont identifiables. Tout d'abord, le **bais de sélection**. En effet, un des critères d'inclusion est : un ergothérapeute formé à l'accompagnement des enfants avec un TAP, car selon Goday (2019), les professionnels doivent être formés afin d'intervenir convenablement. Seulement, les quatre ergothérapeutes ont suivi la même formation ce qui peut

indirectement mutualiser leur regard et méthodes professionnelles. En deuxième lieu, le **biais d'évaluation**. Au regard des réponses à postériori des entretiens, certaines questions peuvent paraître complexes et subtiles. Pour pallier ce biais, la reformulation des questions pourrait être expertisée. Enfin, tous les entretiens sont réalisés en visioconférence, mais à des temporalités différentes selon les contraintes de chaque personne. En effet, il y a une différence significative du temps des quatre entretiens, où le plus court dure trente-cinq minutes et le plus long est une heure trois. La dynamique de chaque entretien est différente, car j'utilise les questions-guides en suivant l'ordre des informations données par l'ergothérapeute interviewée (Marquet et al., 2022). De plus, certaines questions sont omises de certains entretiens, car l'ergothérapeute répondait à deux questions en même temps. Certaines ergothérapeutes se trouvent dans leur cabinet et peuvent me montrer visuellement leurs outils, ce qui crée un décalage entre les réponses dû aux modalités environnementales différentes. Enfin, le **biais de confusion**. L'étude des concepts de rendement et généralisation, peut être biaisée par les suivis pluriprofessionnels des enfants avec un TAP sans trouble associé. Ces enfants suivent plusieurs professionnels en libéral. Ainsi, les résultats et l'évolution du rendement et de la généralisation des acquis ne dépendent pas uniquement de l'ergothérapeute. En somme, l'accumulation de ces biais peut remettre en cause la validité de cette étude d'initiation à la recherche. Cependant, la reconnaissance de ces derniers permet une prise de recul sur les résultats et engage une perspective d'amélioration pour les prochaines recherches.

Dans un principe d'implication dans la recherche et poursuite de cette étude, l'identification très précise des facteurs favorisant l'engagement des parents, dans l'accompagnement des enfants avec un TAP sans trouble associé, éclairerai les limites et les zones d'ombre de cette recherche, non-palliées par la littérature. Dans une autre optique, intensifier la recherche sur l'impact de la participation de la fratrie au cours des séances d'ergothérapie pour l'engagement de l'enfant avec un TAP sans trouble associé, dans l'utilisation de ses outils et ses stratégies au domicile serait enrichissant.

7. CONCLUSION

Face aux questionnements introductifs de cette recherche, la fragilité du développement sensoriel des enfants avec un TAP est mise en lumière. Les enfants avec un TAP sans trouble associé, accomplissent chaque jour des défis, pour réaliser un repas en famille et répondre aux attentes sociales, parfois inadaptées. Leur co-occupation du repas peut être difficile à cause de plusieurs facteurs : médicaux, nutritionnels, alimentaires ou psycho-sociaux. Ainsi, mes questionnements sur les composantes mises en jeu lors d'un repas en famille au domicile, relèvent de la sphère personnelle et environnementale. Face à ce contexte, la problématique d'étude était : **comment l'ergothérapeute favorise-t-il la généralisation des acquis en séance lors des repas à domicile, d'un enfant avec un trouble alimentaire pédiatrique sans trouble associé, à partir de la période de la diversification alimentaire, afin d'améliorer son rendement co-occupationnel ?** Pour répondre, le MCREO cadre la compréhension de cette systémie problématique, avec l'hypothèse : **par la mise en place d'outils et de stratégies selon la hiérarchie de désensibilisation systématique de l'approche sensorielle orale séquentielle de l'alimentation (SOS), investis par les parents.**

En conclusion de cette étude qualitative, le lien affectif entre les parents et l'enfant peut s'avérer être un obstacle ou une ressource pour la généralisation des acquis au domicile. L'intégration de l'approche SOS dans les outils et les stratégies psycho-éducatives révèlent de nombreux bénéfices sur le rendement co-occupationnel. Cependant, l'hypothèse d'étude est partiellement validée, car la généralisation des acquis, dépend d'un autre concept d'étude : l'engagement des parents dans les soins, pour l'utilisation des outils et des stratégies au domicile. Ce concept d'engagement, flouté par le terme d'investissement dans cette recherche, fluctue selon les familles et les contextes psycho-sociaux. Fort heureusement, des facteurs favorisant cette généralisation sont identifiés. Les professionnels participants à l'étude s'harmonisent sur l'intérêt de mettre en place des outils concrets, ludiques, adapté aux centres d'intérêts, et procurant du plaisir à l'enfant et aux parents, avec un renforcement social positif ; couplé à une approche psycho-éducative pour la mise en place de stratégies. La réponse à l'hypothèse n'est donc pas tranchée, mais nuancée par la relation unique de chaque parent avec son enfant, pour son engagement dans l'utilisation des outils et des stratégies. D'un point de vue relationnel, le concept de partenariat familial s'affirme au travers des résultats, comme un pilier fondamental dans les soins.

En tant que future ergothérapeute diplômée d'état, ce travail d'initiation à la recherche permet l'acquisition d'une réflexion objective. Ma réflexion a évolué depuis le début de cette étude, par un apport bibliographique, méthodologique et un apport du terrain. Ce travail permet aujourd'hui une prise de recul et une remise en question des pratiques, afin de m'affirmer scientifiquement sur un

positionnement particulier. Par cette recherche où l'accompagnement pluriprofessionnel guide les familles dans leur quotidien ; les séances en co-thérapie, avec deux professionnels différents dont l'ergothérapeute et l'orthophoniste, s'inscrivent comme une ouverture où l'intelligence inter-collective est un réel levier pour les enfants avec un TAP. La réalisation de co-thérapie en libéral n'est pas évidente selon les ergothérapeutes interviewées, mais est qualifiée comme un cadre idéal pour l'enfant, selon trois orthophonistes avec qui j'ai pu discuter de ce travail de recherche. Au-delà d'un concept théorique idéaliste, l'interprofessionnalité est une pratique fondamentale, pour aider les familles et les enfants avec un TAP, sur leur parcours de soins et de vie.

8. BIBLIOGRAPHIE

- Archer, L., & Rosenbaum, P. (1991). The Children's Eating Behavior Inventory : Reliability and Validity Results. *Journal of pediatric psychology*, 16, 629-642. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/16.5.629>
- Babot, E., & Cornet, N. (2010). Chapitre 1. L'ergothérapie à la croisée des chemins. Complémentarité et spécificité dans une équipe pluridisciplinaire. In *Ergothérapies. Ergothérapie en pédiatrie* (p. 13-26). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Chapitre 4. Habilitier : La compétence primordiale en ergothérapie. In E. A. Townsend & H. Polatajko, *Habiller à l'occupation—Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 103-158). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques* (4^e éd.). Paris: La Découverte.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (2^e éd.). Malakoff: Armand Colin.
- Boige, N., & Missonnier, S. (2013). Les troubles de l'oralité à l'aube de la vie. Entre pédiatrie et psychanalyse. *Cliniques*, 6(2), 107-123. <https://doi.org/10.3917/clini.006.0106>
- Bordet, J., Viodé-Bénony, C., Pierrehumbert, B., Bénony, H., & Sanchez, S. (2011). Alimentation et transmission mère-enfant. *Champ psy*, 60(2), 63-78. <https://doi.org/10.3917/cpsy.060.0063>
- Bourdais-Mannone, C., Audrin, I., & Creisson, M. (2003). Profil médical des enfants orientés par la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale du Var vers des structures médico-sociales. *Santé Publique*, 15(1), 11-24. <https://doi.org/10.3917/spub.031.0011>
- Briatte, L., & Barreau-Drouin, L. (2021). *Troubles alimentaires pédiatriques : Les repas sont un calvaire : Mon enfant mange mal. Comprendre le trouble alimentaire pédiatrique (ou trouble de l'oralité alimentaire)*. Tom Pousse.
- Caire, J.-M., & Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations* (1^{re} éd.). Louvain-la-Neuve: Deboeck supérieur.

- Caire, J.-M., Rouault, L., & Morel-Bracq, M.-C. (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO). In *ANFE. Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux*. (2^e éd., p. 85-97). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Challard, F., & Poirette, M. (2023). *Les troubles de l'oralité alimentaire : Comprendre et accompagner son enfant*. Hachette Pratique.
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Chapitre 9 Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : Déployer le contexte. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation—Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 269-289). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Deonchas, L., Philippe, C., Mandigout, S., Cellié, M., & Goubeau, G. (2023). Le partenariat entre parents et ergothérapeutes dans l'accompagnement des Troubles Alimentaires Pédiatriques. *Revue scientifique des travaux de fin d'étude en rééducation et réadaptation*, (1). Consulté à l'adresse <https://www.unilim.fr/rse2r/124>
- Dow, A. (2015). Individual Case Study : The SOS Approach to Feeding. *Nova Southeastern University*, (48). Consulté à l'adresse https://nsuworks.nova.edu/hpd_ot_student_dissertations/48
- Dubé, S., Lacharité, C., & Lacombe, M. (2021). La perspective des parents sur le contexte de soin et sur l'adaptation sociale de leur enfant après un séjour hospitalier : Une étude par méthodes mixtes. *Recherche en soins infirmiers*, (147), 27-41. <https://doi.org/10.3917/rsi.147.0027>
- Dufour, C. (2017). Accompagner le quotidien des familles. *Coulisses de l'ergothérapie en camp*. *Contraste*, 45(45), 249-270.
- Faure, H., Galbiati, C., Boutruce, C., Dalphin, M., Laborde, S., Ramajo, C., ... Yanez, I. (2019). *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*.
- Ferland, F. (2018). *Et si on jouait ? Le jeu au coeur du développement de l'enfant* (3^e éd.). Montréal: CHU Sainte justine.

- Gazan, R., Vieux, F., Darmon, N., & Maillot, M. (2017). Structural Validation of a French Food Frequency Questionnaire of 94 Items. *Frontiers in Nutrition*, 4, 62. <https://doi.org/10.3389/fnut.2017.00062>
- Gee, B. M., Troy, L., Aubuchon, -Endsley Nicki, & Ramsdell, -Hudock Heather L. (2021). Infant and Maternal Co-Occupational Patterns : A Retrospective Descriptive Cohort Study. *Annals of International Occupational Therapy*, 4(3), 166-171. <https://doi.org/10.3928/24761222-20201202-03>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., ... Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Goldenberg, G. (2016). *Does therapy of apraxia generalize to daily living?* (8), 105-107.
- Grevesse, P., Van Wingham, J., Franck, L., Dassy, M., Cormann, N., Charlier, D., & Hermans, D. (2020). *Le trouble alimentaire pédiatrique*. 25(2).
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale*, 72(4), 25-38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Hamdan, S., Courson, F., & Smail-Faugeron, V. (2021). *Quand l'oralité se construit*. (février), 1-4.
- Hatano-Chalvidan, M. (2016). Interdisciplinarité et interprofessionnalité : Proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? *Forum*, 148(2), 8-16. <https://doi.org/10.3917/forum.148.0008>
- Havard, E. P., & Carreau, M. (2009). *Les troubles sensoriels : Impact sur les troubles alimentaires*.
- Jimenez-nodet, O. (2023). L'approche de l'intégration sensorielle selon AnneJ.-Ayres est-elle fondée sur des preuves scientifiques ? In *Ergothérapie en pédiatrie : Un socle commun pour les pratiques de demain* (2^e éd.). ANFE.
- Kennedy, J., Brown, T., & Stagnitti, K. (2013). Top-down and bottom-up approaches to motor skill assessment of children : Are child-report and parent-report perceptions predictive of children's

- performance-based assessment results? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(1), 45-53. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.693944>
- Kreider, C. M., Bendixen, R. M., Huang, Y. Y., & Lim, Y. (2014). Review of occupational therapy intervention research in the practice area of children and youth 2009-2013. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 68(2), e61-73. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.011114>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Ann McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)* (5^e éd.). CAOT Publications ACE, Ottawa.
- Le Gall, D. (2012). Actualités. *Revue de neuropsychologie*, 4(1), 5-8. <https://doi.org/10.1684/nrp.2012.0205>
- Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Malakoff: Armand Colin.
- Meyer, S. (2013). Chapitre 6—La structure du « faire » : Les habitudes et les routines. In *Ergothérapie. De l'activité à la participation* (p. 93-106). Paris: De Boeck Supérieur.
- Ministère de la santé et du sport. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. , Code de la santé publique § (2010).
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie—Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Morris, N., Knight, R. M., Bruni, T., Sayers, L., & Drayton, A. (2017). Feeding Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 571-586. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.011>
- Mottrie, C., Moureau, A., Duret, I., & Delvenne, V. (2022). Troubles des conduites alimentaires et périnatalité. *Périnatalité*, 14(1), 34-40. <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0148>
- Nadon, G., Tessier, M.-J., & Crépeau, C. (2019). Fomulaire PAPOR - Préférences alimentaires et participation occupationnelle de l'enfant aux repas (PAPOR). Consulté 20 mai 2024, à l'adresse <https://form.jotform.com/92325406805253>

- OMS. (1948). *Constitution de l'OMS*. New-York: Organisation mondiale de la santé.
- Pelchat, D., & Lefebvre, H. (2005). *Apprendre ensemble : Le PRIFAM Programme d'intervention interdisciplinaire et familiale*. Montréal: Chenelière éducation.
- Pierce, D. (2009). Co-occupation : The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203-207.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686663>
- Pierce, D. (2016). Chapitre 1. La science de l'occupation. Une base de connaissances disciplinaires puissante pour l'ergothérapie. In *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 23-32). De Boeck Supérieur. Consulté à l'adresse <https://www.cairn-sciences.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-23.htm>
- Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Chapitre 1. Préciser le domaine primordial d'intérêt : L'occupation comme centralité. In E. A. Townsend, *Habiliter à l'occupation—Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 15-44). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* (N. Cantin, Trad.). Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Ramsay, M., Martel, C., Porporino, M., & Zygmuntowicz, C. (2011). The Montreal Children's Hospital Feeding Scale : A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics & Child Health*, 16(3), 147-e17.
- Rosenfeld-Johnson, S. (2002). *Drooling Remediation Program—Talk Tools*. TalkTools/Innovative Therapists International.
- Ross, E., & Toomey, K. (2011). SOS Approach to Feeding. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 20(3), 58-93.

- Ruffier Bourdet, M. (2018). Les troubles de l'oralité alimentaire : Une dimension sensorielle, mais pas seulement. *ANFE*, 69, 27-37.
- Ruffier-Bourdet, M. (2022). *Mes petites routines enfants : Mes premiers repas*. Vanves Cedex: Marabout.
- Samson, G. (2002). *Le transfert a-t-il un avenir dans l'apprentissage et l'enseignement ?* (408).
- Santé Publique France. (2022). *Pas à pas, votre enfant mange comme un grand—Le petit guide de la diversification alimentaire*.
- Santinelli, L. (2010). Chapitre 6. Le partenariat avec les familles. In *ErgOTHérapies. Ergothérapie en pédiatrie* (1^{re} éd., p. 83-96). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Sauvayre, R. (2021). *Initiation à l'entretien en sciences sociales : Méthodes, applications pratiques et QCM* (2e éd.). Malakoff: Armand Colin.
- Schultz-Krohn, W. (2013). Deep Pressure Proprioception Touch Technique. In F. R. Volkmar (Éd.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (p. 847-848). New York, NY: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_1056
- Senez, C. (2020). *Rééducation des troubles de l'oralité et de la déglutition* (3^e éd.). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. Consulté à l'adresse
<https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807328860-reeducation-des-troubles-de-l-oralite-et-de-la-deglutition>
- Tétreault, S. (2014). Chapitre 8. Méthodes de recherche pour explorer ce que l'autre pense, ressent, perçoit—Entretien de recherche. In P. Guillez, *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 215-245). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0215>
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35-48. <https://doi.org/10.3917/dia.209.0035>
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant* (2^e éd.). Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Health Sciences.

- Tonsaker, T., Bartlett, G., & Trpkov, C. (2014). Information sur la santé dans Internet. *Canadian Family Physician*, 60(5), 419-420.
- Toomey, K. (2024). Introduction to the SOS Approach to Feeding Program. Consulté 14 avril 2024, à l'adresse SOS Approach to Feeding website: <https://sosapproachtofeeding.com/introduction-to-the-sos-approach-to-feeding-program/>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation—Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien être et de la justice par l'occupation* (2^e éd.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Vianin, P. (2009). Chapitre 5. Le transfert et la généralisation des apprentissages. In *Pratiques pédagogiques. L'aide stratégique aux élèves en difficulté scolaire* (p. 175-190). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/l-aide-strategique-aux-eleves-en-difficulte--9782804106676-p-175.htm>
- Yanez, I., & Vauvillé-Chagnard, B. (2017). Les outils d'évaluation en ergothérapie chez l'enfant de 0 à 6 ans Quelles spécificités ? *Contraste*, 45(1), 61-86. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0061>

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1.	Développement de la posture, de l'oralité alimentaire et verbale jusqu'à deux ans	I
Annexe 2.	Répercussions quadridimensionnelles diagnostic du trouble alimentaire pédiatrique	II
Annexe 3.	Diagnostic différencié du trouble de la sélectivité alimentaire.....	III
Annexe 4.	Modèle conceptuel du rendement et de l'engagement occupationnel	IV
Annexe 5.	Stades tactiles et oraux selon le niveau sensoriel de l'enfant	V
Annexe 6.	Hiérarchie des compétences pour la désensibilisation systémique alimentaire.....	VI
Annexe 7.	Conception opérationnelles des concepts étudiés.....	VII
Annexe 8.	Chronologie de mes actions durant l'entretien	VIII
Annexe 9.	Guide de l'entretien	IX
Annexe 10.	Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute 1	XII

Annexe 1. Développement de la posture, de l'oralité alimentaire et verbale jusqu'à deux ans

Age en mois	Posture	Oralité alimentaire			Oralité verbale
	Motricité	Motricité alimentaire	Succion / déglutition	Textures	
0 - 4 mois	Agite les doigts Soulève la tête	Tétine	Succion/déglutition réflexe	Liquide	Gazouille
4 - 6 mois	Tient assis Contrôle de la tête Préhension volontaire	Tétine Apprentissage du verre et de la cuillère sur un schéma succion-déglutition	Succion-déglutition et malaxage	Liquide Semi-liquide	Babillage rudimentaire
6 - 9 mois	Rotation du tronc Transfert d'une main à l'autre	Tétine Cuillère Verre	Dissociation entre la succion et la déglutition Malaxage et début de la mastication avec l'apparition des mouvements linguaux latéraux	Semi-liquide Mou (mixé-lisse-type purée)	Babillage canonique
9 - 12 mois	4 pattes S'assoit seul Transporte les objets Peut porter seul un gobelet à la bouche	Cuillère Verre	Malaxage et mastication : mouvements linguaux dans tous les plans et diduction mandibulaire	Mou Solides mous (petits morceaux, biscuits bébés)	Babillage mixte
12 - 18 mois	Apprend à marcher, manger seul Peut amener la cuillère à sa bouche Lance les objets	Cuillère et fourchette Verre	Mastication avec dissociation des mouvements de la langue et de la mandibule	Solide mous et durs (aliments finement coupés, viande hachée)	Proto-langage
18 - 24 mois	Marche Mange seul Court, saute Griffonne		Mastication avec rotation mandibulaire	Solides durs (viande molle, légumes)	Premières phrases

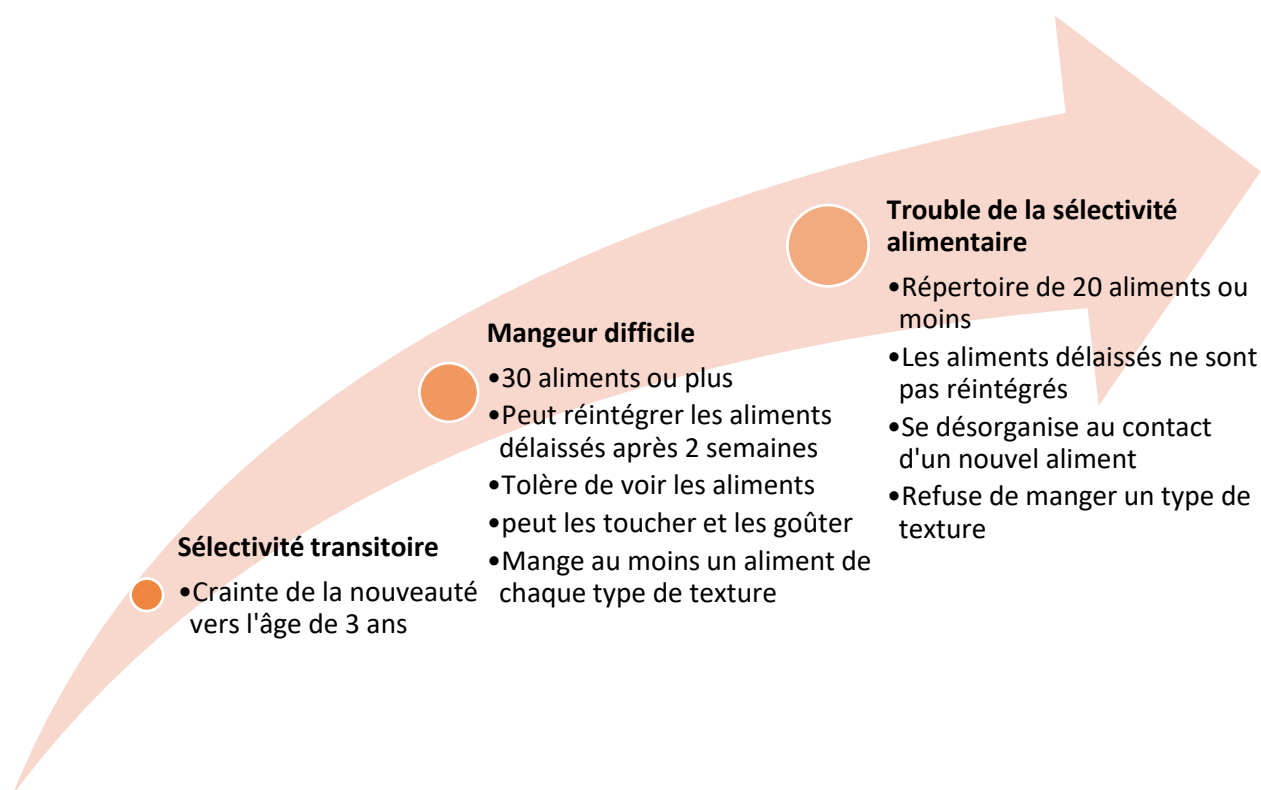
Tableau reproduit de « quand l'oralité se construit » ; par Hamdan, Couson et Smail-Faugeron ; S., F., V. ; (2021, février)

Annexe 2. Répercussions quadridimensionnelles diagnostic du trouble alimentaire pédiatrique

Domaine	Répercussions dans la vie quotidienne
Système médical	Trouble système organique : ▸ gastro-intestinal, ▸ cardiaque, ▸ respiratoire, ▸ neurologique.
Complication nutritionnelle	▸ Retard de croissance, ▸ malnutrition : touche 25 à 50% des enfants avec un TAP, ▸ suralimentation, ▸ carence, toxicité alimentaire, ▸ déshydratation, ▸ constipation.
Complication alimentaire	▸ N'accepte pas des aliments à cause de leur texture ou des liquides adaptées à l'âge de l'enfant, ▸ n'utilise pas d'outils pour son repas (cuillère adaptée par exemple), ▸ difficultés pour s'auto-alimenter au regard des attentes de son âge : alimentation inefficace et désordonnée, ▸ difficultés d'installation sur un siège, ▸ nécessite de plus d'aide et de stratégie particulière par rapport aux enfants de son âge, ▸ lenteur des repas, ▸ présence d'évènement indésirable ou cardio-respiratoire : toux, nausée, vomissement, stress, fatigue, essoufflement.
Système psychosocial	▸ Stress et détresse de l'enfant et/ou de son parent, ▸ aversion alimentaire acquise et/ou de son parent, ▸ désengagement ou engagement excessif des parents, ▸ refus alimentaire : résistance active ou passive, ▸ vomissements ou nausées, ▸ comportement perturbateur, fuite du repas ▸ sur-sélectivité alimentaire ▸ difficultés à suivre les recommandations alimentaires de son âge, ▸ recours à une alimentation non adaptée à l'âge, ▸ nécessité de mise en place de stratégie compensatoire pour l'alimentation de l'enfant.

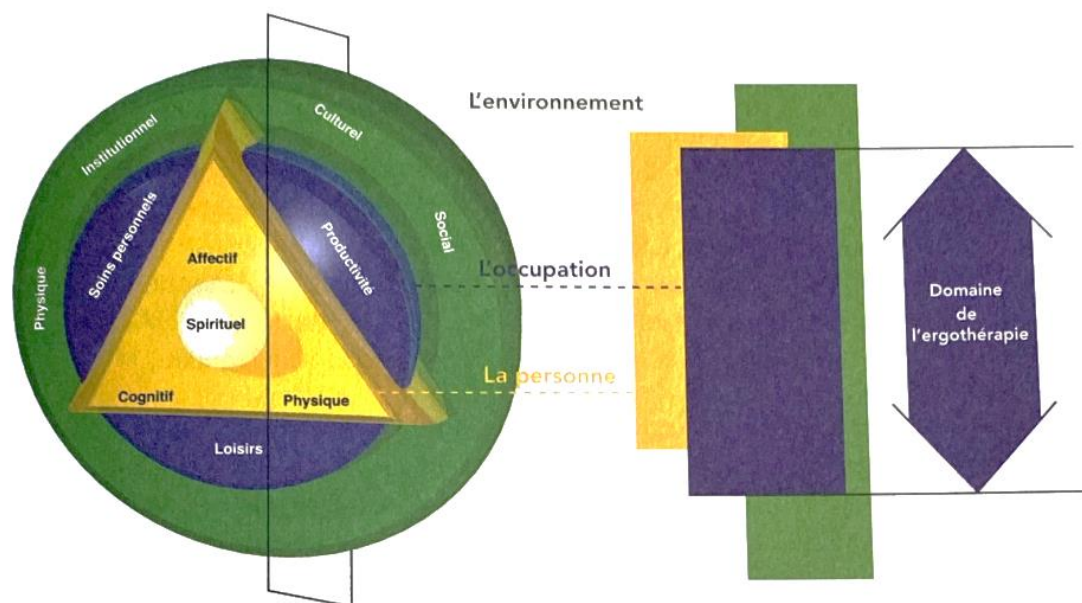
Tableau des répercussions du TAP selon les domaines touché. Adaptée à partir de « pediatric feeding disorder », par Goday, PS., (2019, janvier). <https://links.lww.com/MPG/B507>

Annexe 3. Diagnostic différencié du trouble de la sélectivité alimentaire



Schématisation reproduit de « Les troubles de l'oralité alimentaire : une dimension sensorielle, mais pas seulement », par Ruffier, M., 2018, ANFE ergOThérapie, 69, p. 33

Annexe 4. Modèle conceptuel du rendement et de l'engagement occupationnel



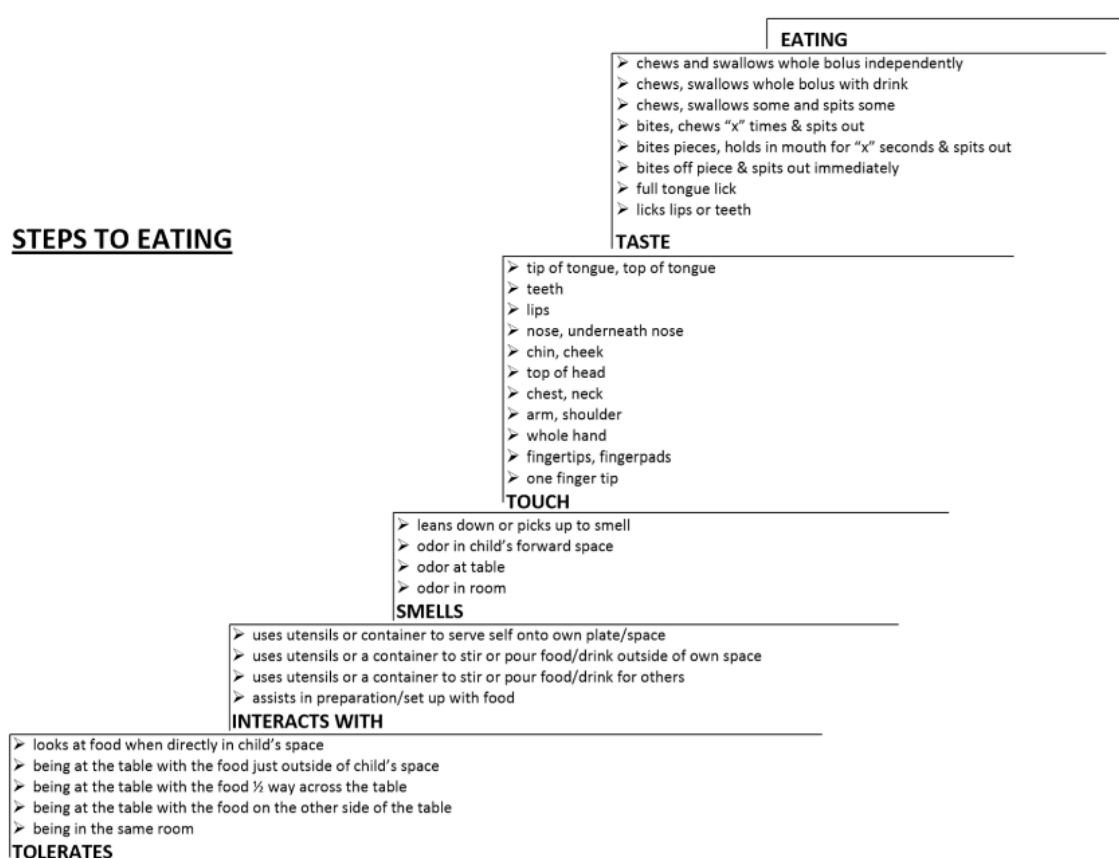
Schématisation reproduit de « Habilitier à l'occupation - faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation », par Townsend et Polatajko, A. J., 2013, P.27, CAOT Publications ACE.

Annexe 5. Stades tactiles et oraux selon le niveau sensoriel de l'enfant

Stade	Sensibilisation corporelle et tactile alimentaire et non alimentaire	Sensibilisation exo et endo faciale alimentaire et non alimentaire
	Attitude de l'enfant	
5	Pas d'accès corporel (corps et mains), pas de manipulation spontanée des objets présentés	Aucun accès au visage
4	Acceptation des matières fluides (farine, sucre glace, sable)	Possibilités de toucher la tête et les joues
3	Aversion pour les mains sales (textures mouillées et collantes)	Possibilités de toucher les lèvres, et la langue à l'extérieur
2	Absence de toucher à pleines mains	Possibilité de faire des sollicitations sur la langue, sur les molaires
1	Découverte sensorielle tactile par l'enfant	Investissement total de la bouche par lui-même ou par un tiers

Tableau adaptée selon « Les troubles de l'oralité alimentaire : une dimension sensorielle, mais pas seulement », par Ruffier, M., 2018, ANFE ergOThérapie, 69, p. 34

Annexe 6. Hiérarchie des compétences pour la désensibilisation systémique alimentaire



*Schématisation de « Introduction to the SOS Approach to Feeding Program », par Toomey, K., 2024,
<https://sosapproachtofeeding.com/introduction-to-the-sos-approach-to-feeding-program/>*

Annexe 7. Conception opérationnelles des concepts étudiés

Concept	Sous-concepts	Indicateurs
Co-occupation	Interactions interpersonnelles (lien affectif parent-enfant, âge développemental)	Niveau de satisfaction des différentes personnes impliquées et du rendement co-occupationnel
	Interactions environnementales (opportunités, attentes sociales, famille, logement, habitude)	
	Considération dimensionnelle (de soins personnels, productivité, loisirs)	
Habilitation	Processus d'intervention (évaluation, diagnostic, accompagnement : outils, stratégies)	Considération de l'importance et de la satisfaction de la personne de son projet de soins, face à l'évolution de son rendement
	Problème occupationnel	
	Client-centré, collaboration	Engagement des clients dans le projet de soins
	Co-construction (de l'intervention et des objectifs)	
Théorie de l'apprentissage	Généralisation Apprentissage où l'habiletés acquise peut être utilisé dans un autre contexte.	Réalisation de l'activité dans un autre environnement (physique ou social).
	Transfert Utilisation d'une habileté pour l'apprentissage d'une autre habileté. Il peut être rapproché, éloigné ou négatif.	L'enfant effectue une activité à partir de ses habiletés d'une autre activité.
Approche SOS	Désensibilisation systématique Intervention spécifique, lente et progressive pour l'alimentation (Dow, 2015). C'est un processus séquentiel pour apprendre à manger : voir, interagir, sentir, toucher, goûter puis manger (Ross & Toomey, 2011)	Taux et méthode d'exposition de l'enfant avec des nouveaux aliments (aliments de différentes propriétés : tailles, textures, couleur)
	Hiérarchie de l'alimentation Combinaison de 32 étapes chronologiques pour manger un aliment (Dow, 2015)	Niveau d'interaction avec l'aliment selon le stade de tolérance (stade de travail), et le niveau d'acceptation quotidien (stade acquis).
	Compétence alimentaire Compétences sensorielles, motrices, orales et cognitives impliquées lors d'une interaction avec un aliment (Dow, 2015, p8)	L'enfant montre moins de signes défensifs sensoriels et augmente sa satisfaction (alimentation plaisir)
	Apprentissage positif	Gestion physique (comportement réponse) de la nourriture par un sentiment d'expérience agréable (Dow, 2015)

Annexe 8. Chronologie de mes actions durant l'entretien

Etapes	Actions à penser ou réaliser
Identification	Noter : ▸ Date et heure (de début et de fin) ▸ Localisation ▸ Contact interviewé
Introduction et considération éthique	▸ Me présenter : étudiante en ergothérapie rédigeant un mémoire d'initiation à la recherche, de fin d'études. ▸ Rappel du titre de mon étude : la généralisation des acquis des enfants avec un TAP sans trouble associé ▸ Vérification de la correspondance des critères de sélection ▸ Préciser le temps : entre 45 et 1H00 ▸ Demander de confirmer (ou non) sa participation à l'étude ▸ Donner le formulaire à signer ▸ Préciser l'utilisation des données dans le cadre de ma recherche avec le maintien de son anonymat et confidentialité
Questionnement	▸ Savoir-faire : questionner par étape de manière fluide les thèmes de recherche. ▸ Savoir être : écouter (faire preuve d'empathie, maîtriser la communication non verbale, observer le regard de l'enquêté), questionner et relancer.
Clôture de l'entretien	▸ Demander si des questions sont présentes ▸ Remercier de la participation ▸ Rappeler l'utilisation des données dans la confidentialité ▸ Annoncer la destruction du vocal enregistré à la fin de l'étude de recherche

Annexe 9. Guide de l'entretien

Thématique	Sous objectifs	Questions	Questions relances
Présentation	Je suis étudiante en ergothérapie présente pour interviewer durant 45 minutes environ (maximum 1h) Pour mon mémoire d'initiation à la recherche Titre de mon étude : la généralisation des acquis des enfants avec un TAP Rappel du maintien de son anonymat et confidentialité Demander l'enregistrement vocal avec une trace du consentement		
Identité et généralités professionnelles	Identifier l'expérience professionnelle des ergothérapeutes et leurs potentielles formations complémentaires	Pour commencer, pouvez-vous me raconter votre parcours de formation depuis votre DE ? Quel est le cadre institutionnel de votre pratique et depuis quand ?	Quelle est votre année de diplomation et de quelle école ? Quelles sont les formations ou expériences que vous avez réalisées depuis votre DE, pour intervenir auprès des enfants avec un TAP ?
Approche générale de l'accompagnement par l'ergothérapeute sur le rendement	Identifier le cadre des séances en ergothérapie	De manière générale, pouvez-vous m'expliquer comment vous réalisez les séances et à quelle fréquence avec les familles ?	Quel est le cadre de vos séances en termes de personnes, lieu et fréquence ?
	Identifier le processus d'évaluation et d'intervention des séances	Pouvez-vous décrire un suivi type d'un enfant avec un TAP ? Pouvez-vous m'expliquer comment vous évaluez le problème co-occupationnel du repas ?	Par qui est-il redirigé vers vous ? Pendant combien de temps vous suivez l'enfant ? Et où se déroule les séances ? Par quel(s) moyen(s) vous évaluer les compétences de l'enfant ?
	Identifier l'impact des séances sur le rendement de l'enfant	Selon vous, vos séances possèdent quels impacts visibles et invisibles pour l'enfant ? Comment ça se traduit dans son quotidien ?	À la suite des séances, comment évolue le rendement de l'enfant ?
	Identifier les approches spécifiques utilisées en séance	Pouvez-vous me décrire une séance type ?	Pouvez-vous m'expliquer comment sont construites vos séances ? Quelles sont

			les étapes lors d'une séance ? D'un point de vue théorique, sur quel modèle ou principe vous basez vous ?
Spécification des outils au cabinet et au domicile par l'engagement du parent	Repérer les outils et stratégies spécifiques mises en place au cabinet	Lors de ses séances types, quels sont les moyens que vous utilisez, et comment ? Quel est le but de cet ou ses outil(s) ?	Quels outils spécifiques au TAP utilisez-vous avec l'enfant ? Qu'est-ce que cela apporte à l'enfant lors des séances ? Pouvez-vous décrire cet outil ? Comment utilisez-vous ces outils en termes de contenu, fréquence d'utilisation ?
	Repérer comment est intégré le parent dans l'accompagnement et sensibilisé aux outils utilisés par l'enfant	De quelle manière les parents des enfants sont intégrés au processus ? Comment sont-ils sensibilisés à vos moyens ? Comment évaluez-vous cette intégration de l'outil par le parent avec l'enfant ?	Comment procédez-vous pour aider le parent à prendre en main l'outil/la stratégie que vous préconisez en séance ?
	Repérer les outils importés à la maison	Après ces séances, comment l'outil est-il investi par les familles, à leur domicile ? Quand et comment les familles utilisent les outils que vous utilisez en séance à leur domicile ?	Quel est le but d'importer cet outil à leur domicile ? Quelles personnes utilisent l'outil et de quelle manière ? A quelle fréquence ?

Adaptation des outils pour l'enfant Engagement de l'hypothèse	Repérer si l'outil utilisé s'inspire des étapes hiérarchiques de l'approche SOS	De quelle manière faites-vous évoluer les séances ? Comment vous adaptez l'outil pour l'enfant et sa famille ?	Comment votre outil peut-il s'adapter aux compétences de l'enfant en termes de graduation et adaptation ?
	Identifier si l'approche de désensibilisation sensorielle est utilisée en séance	Au-delà de l'outil, dans le cadre de votre relation thérapeutique, comment vous respectez les besoins de l'enfant lors des séances ? Quels sont vos grands principes et critères à observer pour évaluer l'évolution de l'enfant ?	Pouvez-vous m'expliquer vos techniques d'approche spécifiques lors des séances ? Comment réagissez-vous face à l'enfant qui tolère difficilement un aliment ?
Causalité envers la généralisation	Repérer si l'approche utilisée dans les outils impacte la généralisation	D'après votre expérience, comment l'approche que vous utilisez impacte la co-occupation au domicile ?	Selon vous, en quoi le changement d'environnement pour réaliser l'activité du repas est influencé par l'approche que vous utilisez ? Quel est l'impact de votre approche en séance au regard des repas au domicile ? Que pensez-vous de la généralisation des acquis du cabinet au domicile ?
Finalisation	L'entretien touche à sa fin. Avez-vous des questions ? Des notions, concepts à ajouter ? Remerciements, arrêt de l'enregistrement Rappel de la confidentialité et la destruction du vocal enregistré après la soutenance du mémoire		

Annexe 10. Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute 1

Date : 19 avril 2024

Durée : 49 minutes

Environnement : entretien en visioconférence, l'ergothérapeute est assis, dans son cabinet.

Intervieweur

Ça commence, du coup, est ce que vous pouvez me raconter votre parcours de formation, depuis quand vous êtes diplômée ?

Ergothérapeute interviewée

Alors moi, je suis diplômée depuis 2011, j'ai fait mes études à l'IFE de Montpellier, mais je suis originaire de la région [donnée confidentielle]. Et après mon diplôme, je suis revenue dans [donnée confidentielle] travailler. J'ai d'abord travaillé en gériatrie pendant 10 ans au CHU [donnée confidentielle] et en EHPAD. Et il y a deux ans, j'ai pris un gros virage de, dans mon travail parce que je, je ne souhaitais plus travailler ni en institution ni en gériatrie. Et j'ai démarré une pratique libérale en pédiatrie. Et ma petite particularité, si je peux dire, c'est qu'en fait, je suis rentrée dans cette pratique par la porte d'entrée des troubles alimentaires. Donc en fait, j'ai fait les formations de Marine Ruffier-Bourdet, sur les troubles alimentaires pédiatriques pour les enfants diversifiés et difficultés alimentaires. Et au départ, ce sont les seules formations que j'avais en pédiatrie. Quand j'ai ouvert mon cabinet. Alors je, je n'ai pas spécifié mon activité, spécialisée que là-dedans parce qu'évidemment, je n'aurais pas du tout eu assez de patientèle. Donc j'ai accueilli au fur et à mesure d'autres problématiques. Et donc du coup mon cabinet libéral a ouvert en juillet 2022 et en parallèle de ça, j'ai eu la chance de prendre un poste qui était une création de poste sur un temps partiel dans un des CAMSP de [donnée confidentielle], donc centre d'action médico-social précoce à [donnée confidentielle] dans la particularité d'en avoir deux, c'est un peu bizarre mais voilà il y en a un qui a ouvert enfin qui a créé un poste d'ergot à 30% et du coup bah de façon assez concomitante au démarrage du mouvement libéral, j'ai pris un poste en structure en pédiatrie donc le CAMSP n'accueillant que des enfants entre 0 et 6 ans, et en ambulatoire.

Intervieweur

J'ai pas bien compris, depuis combien de temps vous êtes en libéral ?

Ergothérapeute interviewée

Ça fait deux ans que j'exerce en pédiatrie. Pendant dix ans, j'ai fait de la gériatrie. Et puis, comme j'étais en structure, j'ai eu accès à très peu de formations spécifiques ergo. Enfin voilà, moi, j'ai fait le choix de changer de manière de pratiquer et de population auprès de laquelle je me suis formée.

Intervieweur

Ah Ok. Et dans le cadre de votre pratique en libéral, qui est différente du CAMSP, vous pouvez m'expliquer comment vous réalisez vos séances et à quelle fréquence ?

Ergothérapeute interviewée

Alors, au CAMSP ce sont des séances hebdomadaires. 30% ça fait trois demi-journées par semaine. Sachant que dans ces 3 demi-journées y a une demi-journée qui est consacrée à la synthèse d'équipe, ça fait plus que 2 demi-journées pour voir les vacances. En fait, c'est finalement très peu de suivi et il faut en plus garder un temps quand même pour faire du bilan et quelques interventions ponctuelles et conseils en réalité technique. Parce que c'est quand même un peu ça qu'ils sont venus chercher comme

compétences chez l'Ergo donc, au final, au CAMSP, j'ai cinq patients en suivi régulier, plus un temps bilan. Et sur le libéral, du coup, mon temps de travail. Il approche de 70%, même plus. Un peu plus parce que du coup les horaires sont pas les mêmes, il y a une amplitude qui est plus importante et là pour le coup j'ai beaucoup plus de pratique évidemment.

☞ *Intervieweur*

Quand vous dites beaucoup plus de pratique, vous parlez des enfants avec un TAP que vous accompagnez ? Et de la petite avec un TAP sans troubles associés que vous m'aviez parlé ?

☞ *Ergothérapeute interviewé*

Oui, c'est ça, parce qu'au CAMSP, même s'ils savent que j'ai une formation sur les troubles alimentaires, il y a déjà d'autres professionnels qui interviennent sur les difficultés d'alimentation. Et donc voilà, mon arrivée étant relativement récente et moi n'ayant pas voulu non plus bousculer tout le fonctionnement institutionnel en place. A ce jour, on ne me demande pas spécifiquement d'intervenir là-dessus. Ça a pu arriver sur des du, des conseils en matériel par exemple ou couvert adapté, voilà, quelques, on va dire plus de la guidance, en tout cas des, des temps un peu spécifiques non dédié, qui ne sont pas suivis. Mais sinon y a en fait, dans le cadre où je travaille, y a la psychomotricienne et l'orthophoniste qui ont monté ce qu'elles appellent les plateformes. Donc en fait c'est un temps qui est assez flexible, qui peut se faire sur le groupe, soit avec les familles, soit avec famille. Et enfin, soit avec que des familles, enfin vraiment, ça s'adapte aux besoins. Et du coup, bah elles ont une liste d'attente et elles font tourner en fonction des disponibilités des gens, des besoins de, des priorisations aussi selon le niveau d'urgence qu'on évalue. Et pour l'instant, ça fonctionne comme ça sur le CAMSP. Mais par contre, en libéral, j'ai des suivis réguliers avec des, des patients qui viennent, enfin elle, elle vient une fois par semaine, mais c'est un peu particulier parce qu'en plus, c'est dans le cadre de la PCO. Mais en règle générale, sur les troubles alimentaires, ce sont des suivis que je fais à la quinzaine.

☞ *Intervieweur*

Ok d'accord, enfin, je ne connais pas la PCO.

☞ *Ergothérapeute interviewé*

La, la PCO, c'est la plateforme de coordination et d'orientation. Ce sont des structures qui ont vu le jour assez récemment dans le cadre des plans du neurodéveloppement. C'est le gouvernement qui a dédié des fonds en fait. Alors c'est ce qu'on appelle le plan autisme. Mais en vrai, c'est plus large que l'autisme, notamment pour créer ces fameuses plateformes. Leur objectif étant de faire du repérage et du diagnostic précoce sur tous les TND. De manière qu'il y ait des prises en soin qui se mettent en place rapidement, soit vers des libéraux conventionnés pour ceux qui sont pas conventionnés CPAM, quand la situation le permet, soit qui réoriente vers des structures selon les besoins.

☞ *Intervieweur*

Donc si je comprends le parcours des patients, certains de vos enfants avec un TAP sont orientés par la PCO, vers vous, en libéral.

☞ *Ergothérapeute interviewé*

Ben, la PCO oriente des enfants. En fonction des dossiers qu'ils reçoivent et de moi, mes disponibilités et aussi de mes compétences. Et en l'occurrence pour cette petite fille, elle m'a été adressée spécifiquement pour les difficultés d'alimentation, sachant qu'elle n'a pas que moi dans les suivis

paramédicaux qui sont conventionnés avec la PCO. Mais en l'occurrence, c'est vraiment cette casquette formée sur le neurodéveloppement qui eux, formée sur les troubles alimentaires, qui les a amenés à, à nous proposer ce suivi-là. Et donc pour le coup, il y a un tableau qui est assez global, mais il y a aussi d'autres rééducateurs qui prennent en soin d'autres choses. Et moi je me suis focalisée sur le trouble alimentaire pour cette patiente.

🗨 *Intervieweur*

Ok OK, et quel est le cadre de vos séances ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

En séance individuelle hebdomadaire, et de manière, pour les enfants par contre qui ont des troubles associés eux, je fais beaucoup plus de suivi.

🗨 *Intervieweur*

D'accord, de manière hebdomadaire, pour les enfants sans trouble associé.

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Alors j'ai plus de patients où le TAP est clairement associé à un autre trouble. J'ai pas mal de TSA, mais c'est la plus grosse prévalence, c'est la plus grosse comorbidité sur le, le trouble alimentaire. Et après j'ai des patients qui ont enfin des prématurités ou des maladies génétiques ou maladies rares. Voilà le truc bateau, où le trouble alimentaire vient dans un tableau global de retard de développement. Bah au même titre que le reste des acquisitions, où l'oralex-moteur ne s'est pas développé correctement et il y a besoin d'accompagner pour que ça aille dans le bon sens.

🗨 *Intervieweur*

Justement, pour voir tout cela, comment vous évaluez le problème co-occupationnel du repas pour l'enfant ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Alors c'est, ce sont des observations cliniques là, pourquoi j'ai pas fait de bilan autre que mon bilan alimentation. En revanche déjà j'ai eu des contacts avec les autres professionnels et là on est sur une grosse suspicion de trouble développemental de la coordination parce que c'est une petite fille qui est extrêmement maladroite, qui coordonne très mal ses gestes, qui coordonne très mal son corps dans l'espace. Et ça, c'est vraiment quelque chose qui ressort à la fois dans la sphère du domicile, dans tout ce que la maman a pu raconter déjà dans l'entretien d'anamnèse. Parce que bon, bah il y a des choses très larges malgré tout, et ce sont aussi des difficultés qui ressortent au niveau scolaire, même si j'ai pas fait de contact scolaire. Je sais quand même, il y a des difficultés et qui sont probablement un peu masquées par le fait qu'elle est dans une école Montessori qui adapte la pédagogie et, alors à la fois sa chance et sa malchance. C'est sa chance parce qu'on la laisse un peu tranquille avec ça et qu'elle est pas trop stigmatisée. Et à la fois c'est peut-être une malchance dans le sens où, bah peut-être que ça aurait peut-être repéré éventuellement un peu plus tôt et elle aurait pu être orientée peut-être un peu plus tôt vers des rééducateurs sur le côté, vraiment troubles moteurs.

🗨 *Intervieweur*

OK et c'était quoi le suivi type, le parcours de l'enfant venant de la PCO ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Alors pour le coup la maman m'avait démarché mais consciemment elle avait appelé la PCO et du coup quand on s'est rencontré son dossier venait juste de passer au niveau de la PCO. Donc quand le suivi a démarré et tous les les. Enfin du point de vue financier, tout ce qu'elle a à régler elle ne l'a pas réglé, elle en fait c'est la BCO qui a pris le relai très vite. Sur le moment-là je savais qu'elle était dans le circuit PCO donc c'était elle me l'a dit-elle à ce moment-là. Et du coup voilà, c'était OK pour moi, j'avais encore des places pour la PCO à ce moment-là, même si le coup de fil avant pour prendre le rendez-vous, elle me l'avait pas spécifié.

🗨 *Intervieweur*

Ok. Vous aviez parlé de l'observation clinique, où et comment vous la faites cette observation clinique ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Au cabinet. Et du coup ça alors il y a eu des observations qui ont été faites au moment du bilan bien évidemment parce que je mets en situation l'enfant. Alors pas forcément sur du moteur, mais au moins sur des petites manipulations très sensorielles on va dire. Et puis même dans un regard très global, bah comment l'enfant va s'organiser avec des outils pour préparer une assiette par exemple, découper les aliments, les éplucher s'il y a besoin, transvaser avec une cuillère, ce genre de choses. Mais après c'est vraiment au cours des séances dans tout ce qu'elle peut faire de moteur, il y a quand même un truc, à mon sens. Maintenant je suis pas médecin, j'ai pas fait d'évaluation spécifique de ça et du coup je m'avancerais pas sur un diagnostic.

🗨 *Intervieweur*

D'accord. Et c'est quoi une séance type, après les observations de l'enfant ? En termes de fréquence, lieu, personnes ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Alors moi, je fais mes séances principalement au cabinet mais au besoin l'intervention est en collectivité, dans les cantines ou bien dans les lieux d'accueil style centre de loisirs, c'est quelque chose que j'ai pu faire. Mais il faut quand même le valider avec les familles parce que ça fait des frais en plus pour les familles, ce n'est pas la même qu'une séance au cabinet, parce qu'il va y avoir effectivement les frais en fonction de la localisation de l'école, et cetera. Et donc ça c'est quand même un point qu'il faut éclairer avant de d'intervenir. Bien sûr, jusqu'à présent j'ai pas encore été dans des domiciles, parfois la question s'est posée, puis finalement les choses se sont pas faites. C'est je pense aussi un peu moins évident pour les familles de faire rentrer un thérapeute chez eux. Mais dans les collectivités, ça, ça pose pas de problème en règle générale. Mais la majeure partie de mon suivi, elle se fait au cabinet. Et bien évidemment, tout ce que l'enfant va pouvoir mettre en œuvre au cabinet, on va chercher à les généraliser au domicile. Du coup, d'abord, la première étape, c'est le bilan où il va y avoir un gros recueil de données, une anamnèse un petit peu fouillée quand même de l'histoire et notamment de l'histoire alimentaire de l'enfant. Ensuite, moi je fais une partie de petite mise en situation avec déjà des manipulations sensorielles parce qu'il y a quand même assez souvent des items réactivités sensorielles associées aux troubles alimentaires. Et je fais aussi une petite exploration endobuccale quand son enfant est d'accord avec des outils pour aller voir en bouche, la mobilité de la langue. Et une mise en situation d'alimentation. Donc je demande toujours aux familles d'apporter au moins un aliment copain et un aliment à découvrir qui fait pas parti du panel. Idéalement que l'enfant peut choisir, donc pour lequel on sent qu'il aurait une petite motivation. Mais voilà, ça, ça dépend aussi. Du coup, on on essaye quand même de manger quelque chose. Le fait d'avoir un aliment copain, ça a l'avantage d'être assurant. Donc déjà ça redescend un peu le niveau de pression qu'il peut y avoir sur

un temps parce qu'il s'est quand même très très bien. L'autre avantage c'est que comme il va le mettre facilement en bouche, ça me permet quand même d'avoir quelques observations du fonctionnement oro-moteur. De voir à peu près, même si je ne suis pas orthophoniste, on est bien d'accord hein. Mais au moins d'avoir une petite observation de comment va, va fonctionner la mâchoire ? Comment va se coordonner la langue ? Est-ce que y a une béance buccale ? Enfin, voilà toutes les observations cliniques qu'on peut faire sur de la mastication. Et ensuite le fait d'avoir un alignement hors panel, ça permet de voir un petit peu quel est le niveau d'acceptation de l'enfant en étayant et en commençant déjà à utiliser des petites stratégies et des petits outils pour voir si on sent que ça va être possible. Ou bien si ça va être un gros morceau parce qu'il y a une grosse désorganisation et que c'est juste pas possible par exemple visuellement de voir un aliment. Moi après j'ai la chance d'avoir quand même des patients, même ceux qui sont en TSA, qui ont pas des. Une manifestation massive de leurs troubles et pour lesquels ça s'est toujours plutôt bien passé sur les mises en situation et j'ai, j'ai pas d'un compte qui ont explosé, un trouble du comportement face à des aliments hors panel, ça, ça toujours globalement bien passé et donc voilà. Du coup quand je mets tout ça ensemble, on définit avec les parents et si possible l'enfant quand il a la capacité de dire : c'est quoi les objectifs et c'est et on était priorisés aussi. C'est quoi ce qui est plus important pour eux ? D'abord, parce qu'il y a certains parents pour qui savent avec l'équilibre alimentaire et diversifier un panel. Et puis il y a d'autres parents qui savent être que l'enfant reste assis au moins 5 minutes à table le temps du repas. Ça ne va pas être le même travail, même si moi je vais toujours travailler avec des aliments, bah je vais passer peut-être plus de temps à faire de la guidance et à questionner un peu l'environnement. Si l'objectif des parents c'est déjà que l'enfant il vienne s'installer à table. Et ensuite dans mes séances, les parents amènent toujours des aliments. Avec les parents présents au début des suivis, la plupart du temps. Et c'est un truc que je leur propose très spontanément parce que j'estime que ça a plein d'avantages. C'est rassurant pour l'enfant, ça me permet éventuellement de leur montrer les choses en directes sur bah voilà oro-moteur, une manière de présenter un outil, une stratégie X ou y ça permet aussi aux parents parfois bah de tilter aux choses qu'ils auraient pas, auxquelles ils auraient pas avancé pendant l'entretien en disant Ah oui tiens c'est vrai que dans telle situation il se passe ceci ou cela, du coup il peut quand même y avoir un échange et enfin je trouve que ça a pas mal davantage. Et puis selon la situation, au bout d'un certain temps, ça, c'est possible que les parents sortent des séances. Notamment quand, Bah alors en l'occurrence, avec la patience qui rentre dans vos critères d'inclusion. C'est une petite patiente qui est. Même pas mal. Dans une attitude d'immaturité et qu'il y a des grosses phases de tests avec du mythe j'ai envie de dire, et qui est pas mal, dans une attitude de provocation avec sa maman. Donc en fait assez vite on l'a fait sortir sa maman et c'est même peut-être elle qui me l'a proposé avant que je le suggère. En tout cas ça s'est fait plus ou moins conjointement parce que on a estimé que ce serait plus bénéfique pour la patiente. Ben, qu'on soit toutes les 2 dans en tête à tête plutôt qu'elle soit voilà dans des activités un peu parasites du fait de la présence de sa je crois. Ce qui empêche pas que sur la fin séance je fais toujours un retour. Un demi-débrief parfois un petit peu avant la fin de la séance, avec la maman, si j'ai besoin de parler plus longtemps ou de montrer certaines choses. Et du coup, dans les séances, il y a toujours de l'alimentation et plus ou moins, on va dire une partie non alimentaire, ça va dépendre un peu du profil de l'enfant. Si on est sur des profils avec notamment des hyperréactivités sensorielles, je vais quand même passer par un premier temps où on met dans des manipulations, des jeux, pas mal de bacs sensoriels, des choses comme ça. Parce que aussi les enfants, ça c'est plus facile pour eux de venir jouer que de venir directement s'installer au bureau pour manger. Et puis il y aura forcément une partie de mise en situation d'alimentation et après les outils vont varier en fonction de là où on en est du suivi et en fonction du profil de l'enfant aussi. De son âge aussi hein, parce que parfois on peut voir des un petit peu plus grands qui ont du coup bah des capacités cognitives qui voilà leur permettent d'aller un peu plus loin d'une autre manière et/ou, pour qui les outils très ludiques qu'on peut avoir en alimentation ne sont plus d'actualité. En fait, quand

ils vont avoir des assiettes avec des chiens, des chats, tout ça. Bon, ils ont passé l'âge. Et du coup on va se mettre en situation d'exposition alimentaire sous forme de jeu. La plupart du temps je passe quand même par la méthode, alors je suis pas formée spécifiquement à l'approche SOS, mais ça enfin ce que je propose va être très inspiré de ça. Et déjà c'est le premier truc que je vais expliquer aux parents, c'est qu'il va, il va falloir mettre des étapes. Et quand on dit à un enfant de goûter, on doit redescendre notre niveau d'exigence par rapport à ça. Et que la finalité, ça va pas tout de suite être de mettre un boucher, de croquer et d'avalier. Ça va être de découvrir qu'un enfant peut d'abord découvrir déjà, juste en avec l'odeur en approchant un aliment de sa bouche, juste pour le sentir. Pour certains, ce sera déjà un défi suffisant et on commencera par là. Et puis pour ceux qui peuvent aller plus loin, on ira plus loin. Et du coup tout ce qu'on arrive à faire dans la séance, moi je demande à le refaire un certain nombre de fois entre les 2 séances, entre celles qu'on vient de faire où ça s'est bien passé et la suivante. Parce que s'il y a pas cette généralisation au domicile et Ben en fait on avance pas. Et les enfants ils sont capables de faire des maxi efforts avec moi, au cabinet, et de manger des trucs que leurs parents n'auraient jamais soupçonné. Mais c'est le contexte, c'est l'environnement du cabinet. Et du coup c'est rare que, d'eux même ils le reproduisent à la maison. Donc du coup il y a toujours. Ils demandent qu'il y ait une remise en situation au domicile qui est plus ou moins précise, du coup, selon les situations. Et de plus en plus, j'essaie d'étayer ça avec des alors pas vraiment des outils, mais au moins des visuels, c'est à dire que je prends une feuille blanche, et même à main levée, je vais dessiner. Par exemple, ben, t'as réussi à manger une cuillère de riz avec moi, je veux que tu le refasses à la maison, je vais dessiner un visage, une cuillère de riz, qui, va mettre, je sais pas. Par exemple 5 petits ronds pour que l'enfant puisse coller 5 gommettes, une gommette à chaque fois qu'il a réussi à reproduire, à à surmonter le défi en quelle que sorte. Ça, ça donne quand même un petit étayage. Je me rends compte que quand il y a pas ça, c'est vachement plus dur quand même de mettre les choses en œuvre s'il y a pas un truc, un truc un peu matériel, un peu physique déjà pour que l'enfant, il soit motivé pour qu'il voie ses progrès. Et c'est un peu une forme de contrat tacite. En fait, même pour les parents, c'est important, ça leur permet aussi détailler un peu leurs propos finalement. En disant : tu te rappelle, c'est Cécilia qui a demandé ça. Et ça les dédouane un peu je pense. Enfin, d'être, Bah le parent un peu relou qui demande encore du travail, et cetera. Donc du coup je passe de plus en plus par ça et pour certains c'est indispensable à la généralisation. En fait s'il y a pas un truc un peu matériel et après voilà. Du coup j'essaie de, décliner un peu des outils qui sont classique et qui sont un peu toujours les mêmes, mais j'essaie de les adapter en fonction des centres d'intérêt des enfants. Donc par exemple ça va être un escalier du type SOS, mais bah si l'enfant son truc à lui c'est le Roi Lion, Bah on va mettre Simba et puis on va faire un fond jaune et puis voilà. Et puis si son délire c'est les licornes et les paillettes, Eh Ben on va mettre du violet et puis on va mettre des licornes. Et l'idée c'est que l'outil soit attrayant, que l'enfant ait envie de l'utiliser et qu'il ait quand même une motivation supplémentaire à faire les efforts lui demande de faire. Et du coup voilà, on augmente, on essaie à chaque séance, même si ça c'est pas toujours facile, j'essaie de redonner une petite consigne, un peu comme des objectifs Smart en fait, de se dire entre deux séances, c'est ça qu'il va falloir faire de manière à un peu, mesurer, qu'est ce qui est possible et qu'est ce qui évolue dans le domicile, en parallèle du cabinet.

🗨 Intervieweur

Et ces outils, à chaque fois que vous les mettez en place, comment ils sont utilisés d'une séance à l'autre ? Là vous avez dit vous, je dessine par exemple le Roi lion, est-ce que la séance d'après vous gardez le même principe et le même dessin ?

🗨 Ergothérapeute interviewé

Ça va dépendre. Si on est sur le même aliment que par exemple l'enfant me ramène la feuille parce que parfois ils vont pas toujours me ramener les trucs, s'ils me ramènent la feuille par exemple pour

me montrer ses gommettes, et Ben et s'ils restent de la place sur la feuille je vais dire : ouais c'est super, Bah regarde pour la prochaine fois on prend la même feuille et puis bah au lieu de manger en taille 4, tu vas manger la taille 5. Et puis si y a pas la place aussi, faut refaire on le refait c'est pas grave ça c'est vraiment de l'adaptation aux dernières minutes en fonction des besoins.

🗨 *Intervieweur*

Donc si je comprends, ils repartent chez eux avec une feuille et des choses à faire ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Ouais, j'essaye quand même à chaque fois.

🗨 *Intervieweur*

Et, quel est le but d'importer la stratégie ou l'outil à leur domicile ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Ben alors quand ils sont assez grands c'est pour être autonomes, dans l'idée c'est, mais c'est quand même rare. Les enfants avec un TAP que je vois, ont en moyenne, allez, on va dire entre 4 et 10 ans peut-être. Et quand ils ont 10 ans c'est plutôt qu'ils sont TSA et du coup ils ont pas forcément. Enfin ça fait pas partie de leur centre d'intérêt que de découvrir la pomme ou la banane ; donc il y a quand même plus souvent besoin évidemment le parent. Enfin, le partenariat parental, il est important, indispensable et c'est aussi pour ça que j'aime bien faire rentrer les parents en séance parce que je trouve que ça participe à ce partenariat. Ça permet d'avoir des échanges, ça permet aussi de se raconter comment ça s'est passé, si ça a été difficile. On essaie d'identifier qu'est-ce qui a été difficile, est-ce que l'enfant était fatigué, est-ce que c'était un environnement différent, le parent s'il était dispo aussi pour aider l'enfant ? Parce que si c'est le tunnel d'histoire, qu'il est 19 h que tout le monde est claqué, bah, le parent, il est pas forcément ultra dispo pour accompagner l'enfant dans quelque chose de calme et avec suffisamment. Suffisamment de bienveillance pour que tout se passe bien. Et mon objectif, c'est surtout pas qu'ils aillent au conflit. L'objectif numéro un, c'est que tout ça, ça fasse du plaisir, donc c'est pour ça aussi que j'aime bien mettre ces sujets à la quinziane. C'est parce que du coup quand c'est une semaine sur l'autre en fait ça laisse très peu de marge de manœuvre aux parents pour avoir un moment un peu détente pour essayer des choses. Finalement il y a un weekend et si le weekend ils ont des trucs de prévu, bah grosso modo c'est fichu quoi. Alors que quand ils ont 15 jours même pour eux c'est un peu moins de charge mentale et on sait que c'est déjà très très compliqué et qu'il y a un fort impact familial des repas dans le temps du repas pour ces enfants-là dès, pas dans leur petite bouche en disant qu'il faut mettre des carottes rapés à tous les repas, dans l'assiette de l'enfant. L'idée c'est que ça reste un truc acceptable et j'essaye toujours de valider ça aussi avec le parent. Est-ce que c'est OK pour vous d'essayer de faire ça, tant de fois jusqu'à la prochaine fois. Et si le parent bah désolé, on part en vacances, on se dit OK c'est pas grave, on va réduire un peu nos objectifs et essayer de se mettre d'accord. L'idée c'est quand même d'être dans ce partenariat le plus possible.

🗨 *Intervieweur*

Ouai, ah oui le partenariat

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

C'est ce qu'on m'a appris en formation en fait. C'est à dire que tout ce que, tout ça je l'invente pas. C'est parce qu'on sait que c'est ça qui fonctionne le mieux. D'ailleurs j'aimerais bien me former un peu plus au partenariat parental. Parce qu'il y a les impôts qui proposent des formations très spécifiques à ça. Bon pour l'instant c'est loin dans ma wifi, mais dans l'idée quand j'aurai le temps et l'argent, ça fait partie des trucs qui seraient intéressants je pense.

🗨 Intervieweur

Ah oui, vous le voyez ça, vous voyez un impact sur le rendement co-occupationnel ?

🗨 Ergothérapeute interviewé

En impliquant le parent, c'est indispensable. Si les parents ne sont pas motivés pour mettre des choses en œuvre, c'est pas la peine de lancer un suivi en fait, à mon sens. L'idée c'est pas d'envoyer la famille au casse-pipe ou les mettre en difficulté. Bah par exemple pour revenir à quelque chose de concret, cette petite fille, donc pour dresser un peu le tableau. Il y a des troubles alimentaires qui sont là depuis longtemps, depuis à peu près 18-24 mois. Donc elle a un trouble depuis 1 an qui se répercute notamment sur le plan de l'alimentation et elle a un panel très flexif, avec notamment des aliments qui sont d'une taille très petite comme de la semoule, des paquelettes, du riz, de la pollenta. On est sur des choses comme ça grosso-modo. Et pour elle, aller plus loin déjà c'est manger des pâtes comme des coquillettes, c'est déjà un défi. Et puis déjà, dans l'histoire de vie, je me suis rendu compte qu'il y avait eu une manœuvre de heilish quand elle était à la crèche sur un potentiel étouffement. Donc ça c'est un élément hyper important de l'anamnèse. Parce que, enfin, j'ai eu du mal à ne pas penser que ça a pu avoir un impact sur la suite de son développement alimentaire. Combiné au fait que, comme avec c'est probablement TDC, elle a une très mauvaise mobilité de sa langue. Parce que c'est ça reste du moteur en fait hein, et une très mauvaise coordination de sa sphère oro-motrice. Ça en plus c'était confirmé par une 2e orthophoniste vers laquelle je l'ai envoyé très vite, après le bilan parce que moi j'ai vu qu'au niveau des praxies de bucco-faciale c'était ultra déficitaire, et du coup je me suis dit bon en fait elle peut pas manger des morceaux de pommes. Mais juste elle peut-elle peut pas, c'est pas qu'elle ne veut pas, c'est qu'elle ne peut pas au niveau moteur. Et du coup, il y a un suivis très tôt qui a démarré, qui en fait s'est arrêté parce que cette ortho est partie en congé pâque. Enfin bref, ça c'est d'autres détails. Mais cette petite fille, elle est multi suivie parce qu'elle a un ergo, elle a une psychomotricienne, une fois par semaine, on vient de se rendre compte qu'à son bilan ophtalmo, elle avait une hypermétropie et va falloir qu'elle porte des lunettes, et elle a pas un bilan orthoptiste qui dit, il faut des séances de rééducation. Bon, déjà ça, et il y avait l'orthographe avant, donc déjà elle a trois séances par semaine, plus la perspective de mettre des lunettes, plus la perspective de rajouter un suivi orthoptiste. Plus moi, qui remets une couche entre guillemets en disant Bah au vu de l'histoire de vie, peut être qu'une petite intervention avec un psychologue par exemple en EMDR ça pourrait être intéressant parce que pour moi on a un versant psycho-affectif qui rentre en ligne de compte. Bon à un moment donné les parents ne peuvent pas gérer tout ça, c'est pas possible mais ça reste une petite fille de 6 ans donc on peut pas lui imposer un emploi du temps de ministre avec des rendez-vous tous les soirs. D'autant plus qu'elle. Elle est fatiguée de sa scolarité parce qu'elle fait beaucoup plus d'efforts que les autres. Pas forcément récompensée. On est obligé de composer avec ça. Et du coup, il faut bien que le parent là-dedans, il puisse dire, qu'est-ce qui est possible, que c'est pas possible au domicile ? Du coup donc on était sur un travail, elle avait choisi d'apprendre en étant en découverte de cet aliment et en essayait progressivement d'augmenter la taille des morceaux à mettre dans sa bouche. Et à un moment donné, ça a bloqué parce que je pense qu'on était vraiment sur ce truc que j'ai envie de dire psycho-affectif. Et c'est devenu compliqué à la maison de reproduire les exercices du coup de mise en situation, de mettre en bouche un morceau de pommes de cette taille, comme on pouvait le faire en séance, jusqu'à ce que ça devienne aussi compliqué en séance. Et à un moment donné, j'ai dit on arrête. On va switcher un peu notre manière de faire et nos objectifs. Mais par contre, arrêter de proposer des morceaux de pommes à la maison parce que ça, ça virait au conflit tout de suite. Et c'est juste pas possible en fait d'imposer ça à des familles en disant Bah si c'est les exercices à faire, c'est ça qu'il faut faire. En plus moi j'ai garanti que ça va marcher derrière et qu'elle va manger de la pomme dans un an. Donc donc voilà, du coup c'est tout ça pour dire qu'évidemment que ce partenariat parental il est indispensable. Déjà parce que si la famille elle ne raconte pas ça, bah il

manque quand même une très grosse partie de l'équation et, et au final ça va bien porter préjudice au suivis et aussi parce que du coup, j'ai besoin moi d'adapter ce que je vais demander derrière. Il faut que ça reste acceptable.

🗨 *Intervieweur*

Oui. Et pour les parents, quand vous parlez du partenariat, comment les parents sont sensibilisés à cet outil et aux autres moyens ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Alors, si le parent est présent en séance, il nous a vu l'utiliser ensemble. Et donc le feedback, c'est de savoir comment il peut l'utiliser. Moi je demande voilà, manger la pomme en taille 5, 4 fois entre 2 séances. Je vais dire à la mère qu'elle peut utiliser la feuille sur laquelle on a les petits ronds de différentes tailles pour calibrer le morceau de pomme, que ça il peut faire avec l'enfant parce que ça le rend actif et participatif au-delà. Au-delà juste mettre en bouche et puis aussi elle voit que c'est compliqué, mais ça c'est pareil, ça lui demande un jugement personnel aussi hein à la maman. Elle peut rajouter les autres outils qu'on a pu voir ensemble comme l'escalier. L'idée, c'est que le parent s'autonomise un peu avec ça aussi. En fait, moi, les outils, je vais les proposer, je vais les personnaliser, mais, je ne suis qu'un maillon de la chaîne si les parents, ils ne peuvent pas se saisir de ça, de cette guidance et des choses à faire. Ben ça va quand même être très compliqué d'avancer. Donc du coup moi je me leur donne à disposition, souvent on fait un petit classeur en fait et comme ça on met plein de choses différentes. Parce que peut-être que d'un moment à l'autre, il y aura pas besoin des mêmes choses, peut-être qu'il y a un jour où elle sera plus fatiguée et il sera nécessaire de dégainer un peu plus de ludique, et de sortir un escalier avec un personnage qu'elle aime beaucoup et de faire monter le petit personnage sur cet escalier et à la fin mettre un gommette ou un autre moment elle sera hyper en forme et qu'elle sait exactement ce qu'on attend et qu'elle va mettre en bouche sans ça. Moi je suis pas au domicile pour le voir ça. Donc il faut bien que le parent soit sensibilisé à un moment donné, mais bien évidemment c'est lui qui va être garant de tout ce travail. Voilà donc je j'explique à quoi ça va faire, comment on se faire, comment eux ils peuvent s'en servir et je leur dit surtout qu'ils peuvent se l'approprier et si il voit le signe qu'il faut des modifications des étapes ou qu'il faut enlever des étapes, bah surtout qu'il s'engage. Faire parce que ce sont eux les spécialistes de leur enfant. Moi j'ai mon regard d'expert entre guillemets et d'accord, je dis ça. Il y a beaucoup d'humilité par rapport aux troubles alimentaires et à mon rôle là-dedans, mais jamais je saurai le spécialiste de l'enfant comme le parent peut l'être, moi je le vois une fois par semaine 45 Min, ça n'a rien à voir avec sa vie.

🗨 *Intervieweur*

Quand vous dites les parents peuvent rajouter des étapes, des étapes de quoi ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Ouai, sur l'escalier SOS si c'est trop dur de monter une marche d'un coup, je peux étayer un peu plus en fait, pas le propos.

🗨 *Intervieweur*

L'escalier SOS que vous parlez, et vos autres outils, vous pouvez les décrire ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Alors du coup moi j'utilise principalement avec outils qui ont été déclinés par Marion Ruffier Bourdet. Alors ça c'est celui plutôt que je vais utiliser en séance. Du coup il est neutre en fait il va juste avoir des petits logos et c'est moi qui vais expliquer verbalement à quoi correspond chaque image. Et quand je le laisse aux enfants, déjà je le fais en format paysage parce que ça me permet d'écrire des choses au

niveau des marques et je vais personnaliser un peu la chartre graphique entre guillemet, pour aller dans le sens de l'intérêt de l'enfant et très souvent ils repartent avec un outils et des petits ronds, comme ça, ça permet vraiment de en fait, ils découpent l'aliment, il le pose sur la feuille plastifiée et ça calibre en fait la taille. Donc l'outil est dans la séance comme ça on vous dit. Bah tiens, aujourd'hui on a un virgule en taille 3, ça c'est ce que tu vas offrir à la maison et ainsi de suite. Et ça, ça permet aussi de démarrer avec quelque chose d'extrêmement petit pour récupérer encore une fois le niveau d'angoisse par rapport à ça et de bien expliquer que quand on découvre un aliment, on va pas directement manger ça parce que ça, ça va très certainement créer un réflexe nauséeux et l'enfant vaudra pas y retourner et, et de l'expliquer à l'enfant aussi, parce que j'en ai plein des fois qui arrivent avec du brocoli et qui mettent ça dans la bouche et juste c'est la catastrophe. On peut commencer par là en fait. Et déjà ça c'est génial, c'est trop bien, c'est un truc de super champion. Du coup souvent ils repartent avec ces 2 outils là et parfois, ça c'est plus en séance, mais certains des fois me demandent à le récupérer pour la maison. L'idée c'est d'avoir une petite échelle du gout pour qu'on puisse aussi mettre du vocabulaire. Etayer un petit peu, bah comment ça s'est passé dans la bouche, Est-ce que ça commence à diminuer ou pas, pour voir si l'enfant s'habitue ou non.

🗨 *Intervieweur*

Ah oui d'accord, c'est pas forcément les 3 outils. Comme vous dites, vous adaptez selon l'enfant.

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Oui, ça va, ça va dépendre. Et puis il y a des familles qui vont pas forcément repartir avec un escalier. Il y a certaines familles qui vont repartir avec un jeu de l'OIE parce que le petit pois on peut le décliner plein de textures différentes, vraiment, ça s'adapte, en fonction de l'enfant, de comment il appréhende les choses. Parfois, les familles, elles, elles achètent carrément les assiettes que moi j'utilise au cabinet, qui sont très ludiques pour refaire exactement les même choses. Donc c'est voilà, ça dépend vraiment des situations.

🗨 *Intervieweur*

Et lors des séances, vous m'avez parlé de l'approche SOS. Est ce qu'il y a une autre approche spécifique que vous utilisez ou un grand principe ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Alors oui oui bah alors des approches il y en a plusieurs dans les les 2 principales ça va être l'approche SOS et l'approche micro graduée qui est plus une méthode qu'on utilise avec les TSA. Et encore que moi ça peut y arriver d'utiliser un peu les principes de dynamique graduée. Mais c'est vrai que parfois c'est un truc que j'ai un peu moins expérimenté pour le coup. Le principe de la micro graduée, c'est que, souvent pour les enfants qui ont des très très grosses rigidités avec des grosses cécités contextuelles, et qui par exemple ne vont manger que l'aliment d'une seule marque ou avec un seul package. Et si c'est pas le packaging dont ils ont l'habitude, c'est non, c'est maintenant l'idée par exemple de voilà pouvoir casser la rigidité pour harner la diversité. Là par exemple j'ai une autre petite patience avec un suivi qui vient juste de démarrer qui a 5 ans à peu près. Et pareil qui a un panel hyper sélectif et notamment elle boit des soupes Bledina, à tous les repas. Donc petit déjeuner 12h00, goûter et soir. Elle peut manger d'autres aliments mais c'est quand même en quantité très restreinte avec 0 fruit et 0 légume et elle boit cette soupe au biberon. Donc moi, un de mes objectifs c'est de sortir le biberon de son alimentation parce que à son âge ce n'était plus nécessaire. Et je pense que ça la maintient dans un schéma d'immaturité de et de cet aliment doudou là, de la soupe blédina, Qui bon va la nourrir hein. Nutritionnellement parlant, ça lui apporte des choses. Mais elle est tout à fait en capacité de d'autres choses. Et donc on essaye là déjà de changer le contenant. Donc en séance on a testé en séance, de boire dans une gourde à paille.

Sa mission pour la prochaine fois donc je change rien à ses habitudes alimentaires. Elle continue de voir ce soupe bledina. Par contre je vais lui demander sur ses 4 repas, au moins un repas avec la gourde à paille, et l'idée c'est que si ça marche bien bah il y aura 2 repas avec la gourde à paille et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il y ait plus de biberons et ensuite on va pouvoir toucher à cet aliment, et on va essayer de le faire évoluer avec un genre de schéma, éventuellement, on va rester peut-être sur de la soupe mais d'une autre couleur. Voilà, on va, on va jouer sur une composante, en fait une composante qu'on modifie.

[Coupure zoom]

🗨 Intervieweur

Y a eu une, une coupure de zoom. Vous m'entendez ?

🗨 Ergothérapeute interviewé

Oui oui

🗨 Intervieweur

OK super

🗨 Ergothérapeute interviewé

Donc voilà je disais, j'évolue une composante avec moi et de façon plus ou moins perceptible selon le profil de l'enfant si son TAP est costaud, hyper rigide, à au changement dans les routines, bah on va faire du microgradué, avec la confiance qu'il a dans cet aliment-là, parce que le risque qu'on prend quand même, c'est qu'il sorte l'aliment de son panel. Et si, il y en a déjà pas beaucoup, ça joue pas forcément à notre faveur. Voilà, grosso modo, c'est les 2 principales. Et puis après ? Bah grosso modo, c'est approche ludique, à fond la caisse, on manipule le plus possible avec tous ses sens. Et là, de plus en plus j'intègre aussi des principes d'intersection parce que j'ai fait une formation. Quand on a pu voir des éléments autour de ça, à savoir que les enfants déjà de la psychoéducation sur comment ça fonctionne à l'intérieur du corps, pour les problématiques de faim, de satiété et d'élimination qui sont quand même très souvent corrélées au trouble alimentaire, notamment des enfants qui vont être constipés ou énurétique ou en encoprésie. Et pour voilà, pouvoir jouer aussi sur leur qualité de vie, parce que c'est un acte fort pour le quotidien. Et du coup, on essaie de faire le lien. Les aliments, ça passe par où, OK, ça passe par la bouche. Et puis ensuite c'est quoi ? Qu'est-ce qui se passe à l'intérieur du corps dans l'idée qu'ils expérimentent des sensations et qu'ils puissent mettre du vocabulaire. Et j'invite beaucoup les parents à parler beaucoup de vocabulaire, à décrire les aliments, à décrire les sensations, à leur créer en fait leur répertoire sensoriel. Parce que pour moi, c'est vraiment un. On peut pas se. On peut pas devenir copain avec un aliment si on le connaît pas bien, d'autant plus que les fruits et les légumes sont pas alimentaires parce qu'ils sont pareils quand il ont leur peau, quand ils sont crue, quand ils sont cuits ou quand ils sont coupés en morceaux, ou quand ils sont en gâteau ou en tarte. Contrairement à la barre Kinder qui sera toujours la même, où que ce soit dans le monde, où on l'achète. Donc plus ils vont mettre du vocabulaire, plus ils vont aider les enfants à développer Ben ces compétences-là cette imagerie mentale et à se familiariser avec les aliments et du coup à avoir moins peur de les découvrir.

🗨 Intervieweur

Et ça, dans le cadre de votre relation thérapeutique comment vous adaptez aux besoins de l'enfant ? Quand l'enfant arrive pas, et ça fonctionne pas du tout. Comment vous vous adaptez ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Au niveau oro-moteur, on va s'adapter. Après, l'objectif numéro un, c'est que ça reste dans un plaisir. C'est à dire que si l'enfant sort de séance avec une perte d'estime car il a sentis qu'il ne réussissait pas, c'est pas satisfaisant pour moi. L'objectif numéro un c'est le plaisir, s'il ne prend pas de plaisir dans la découverte on est mal barré pour la suite quand même et du coup bah ça s'adapte et si l'enfant veut pas manger, c'est déjà OK. C'est le principe de base pas, pas de forçage. C'est un truc, évidemment, que je dis au famille donc bien évidemment que je ne le fait pas non plus. Du coup, je m'adapte au maximum à son bah au niveau de défi qui est acceptable pour lui. Si ce jour-là le seul truc qu'il est en capacité de faire c'est de sentir. Eh Ben on va s'arrêter à sentir mais et moi je vais valoriser ça a fond la caisse et c'est pas grave s'il pas réussi à mettre en en bouche, parce qu'il y a aussi des gout où on est moins en capacité, où on est fatigué, pas envie ça arrive à tout le monde. Évidemment, je vais essayer de dégainer un maximum de renforçateur. C'est pas valable que pour le TSA, c'est valable pour n'importe quel enfant. Si y a pas de motivation à faire les choses, y a quand même beaucoup moins d'entrain à les faire. C'est à dire que c'est valable même pour nous les adultes hein. Moi j'adore mon métier d'ergothérapeute. Mais si j'avais pas un salaire à la fin du mois, je suis pas sûr que je viendrai tous les jours. C'est exactement pareil pour eux, faire un effort qui est déjà difficile pour eux, s'ils ont pas une récompense au bout c'est quand même un petit peu plus compliqué de le faire. Alors certains leur renfort social de félicitations, le Waouh bravo c'est super, t'as un super héros, t'as un super champion, ça va suffire, d'autres il va falloir leur sortir le kinder surprise, la balle sensorielle qui est toujours rangée, sinon tous les enfants vont jouer, ils savent très bien où elle est rangé. Mais du coup voilà, j'essaie vraiment de m'adapter au niveau de une compétence de l'enfant le Jour J, de sortir les renfo qui me paraissent intéressants pour lui. Et c'est pour ça aussi que le partenariat parental, il est important parce que c'est pour sortir du bon renfo, il faut bien connaître les centres d'intérêt de l'enfant. Y a que les parents qui peuvent me dire ça, même si moi j'ai des petites observation, n'empêche que eux ils savent qu'est-ce qui va vraiment les motiver.

🗨 *Intervieweur*

D'accord. Au-delà de l'outil, quelle principe stratégique vous utilisez pour l'enfant ? Vous aviez parlé des jeux par exemple.

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Oui ça peut être un jeu. On essaie de décliner le les découvertes alimentaires sous forme de jeu, avec des jeux de hasard, avec des jeux de dé avec. Voilà ça, on peut créer des découvertes un peu à l'infini. Mais l'idée c'est que voilà, on soit en interaction et que par contre cette exposition, elle existe. Même si on va pas très loin dans cette exposition, elle jusqu'au bout. C'est pas parce que l'enfant dit non c'est pas possible, que on va remballer le tiroir avec le brocolis. Non, on va chercher comment etre en interaction avec le brocolis. Et peut-être que ce sera juste faire un dessin dans une assiette et on fera des arbres avec des brocolis. Mais déjà rien que ça, ce sera de l'interaction et ce sera ludique et ce sera positif. Et puis parfois, sur un malentendu, le fait d'avoir fait un arbre dans le brocoli et Ben ça donne envie finalement de goûter ou de le tremper dans je sais pas, du Nutella et et qui nous empêche en fait si l'enfant il croit que les heures à découvrir comme ça bah c'est OK. Et du coup voilà, c'est vraiment de l'adaptation au jour le jour des séances.

🗨 *Intervieweur*

D'après votre expérience, comment vous, votre approche impact la co-occupation au domicile ? En quoi votre approche impact le changement d'environnement ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Je ne sais pas si j'ai bien compris la question, mais la réponse que j'ai envie de faire c'est que en proposant des outils qu'on utilise ensemble en séance et en laissant ces outils à disposition quelque part, il y a quelque chose de de pareil et de constant direct et qui pour moi permet de faciliter un petit peu la généralisation. En fait, pour que l'enfant, il arrive à généraliser, Eh Ben il va falloir qu'il arrive à reproduire les choses dans plein de contextes différents. Alors oui le domicile bien sûr mais à terme il y aura peut-être la cantine et puis ce sera peut-être aussi chez papi et mamie ou bien un pique-nique. Enfin voilà l'idée ça va être aussi de dire au parent de multiplier les expérimentations dans les environnements différents pour que cette généralisation, elle fonctionne. Donc ça va être de la guidance beaucoup en fait. Mais de donner l'information aux parents déjà, de leur expliquer que ça va pas forcément se faire tout seul et que parfois l'enfant va faire des choses au cabinet, n'hésitera pas à la maison. Déjà rien que de mettre en mot, c'est aussi bah leur donner la bonne information et peut-être aussi redescendre un peu leur niveau d'exigence. Parce que y a certains parents qui pourraient avoir un peu cette tendance à dire : Ah bah oui mais en fait tu fais avec l'ergo mais tu fais pas à la maison ? Et peut-être monter dans ce truc très affectif, qui peut très vite tourner au conflit. Et donc moi j'essaie vraiment de leur dire que, il faut surtout pas aller au conflit à la maison, qu'il faut surtout pas forcer et que ça peut être tout à fait normal qu'en changeant l'environnement, des fois c'est juste un changement de contenant : ah bah tiens c'est pas le mien verre que la veille, ah bah ouais bah du coup c'est pas pareil en fait. Donc vraiment leur faire prendre conscience que la présentation visuelle a une importance majeure, donc le visuel au sens aussi de l'environnement autour. Et que. Bah en changeant parfois rien qu'une petite chose qui est aperceptif pour nous parce que nous sommes des personnes lambda normo-typique ; et bien ça sera pas l'impact pour un enfant avec un TAP. Son niveau de défi à lui, il est bien plus important, et que ça se respecte du coup.

🗨 *Intervieweur*

D'accord, oui ça répond à ma question, c'est donc selon votre approche et vos moyens avec vos outils pour le domicile ?

🗨 *Ergothérapeute interviewé*

Ouai, alors j'essaie justement que ce soir le fil conducteur. Et l'enfant il connaît l'outil, il connaît sa représentation, il connaît son utilisation et l'idée c'est quand même que lui il arrive à être autonome avec ça. Et j'en ai eu hein, des patients qui pouvaient tout à fait par exemple aussi des petits ronds. Là j'ai vu un suivi avec un, un petit garçon, qui finalement s'est avéré avoir un syndrome de digeorge, mais ça on le savait pas quand il m'a démarré de chez lui. Les petits ronds c'est un truc qui a super bien marché pour lui et rien que le fait d'avoir ça à l'école, avec évidemment tout le côté accompagnement des adultes qui étaient avec lui, parce qu'en plus il avait la chance d'avoir une aide humaine sur la pause méridienne. Rien qu'en sortant de ça, on a pu lui permettre de se mettre en interaction avec les aliments du menu et de pas systématiquement dégainer sa son PAI. Donc oui, moi j'essaie que ce soit les mêmes parce que ça, je trouve que ça donne de la cohérence quand même.

🗨 *Intervieweur*

Eh bien merci on a balayé plein de choses. Je crois que vous avez une séance juste après. C'est très gentil pour votre temps. Une dernière chose, est-ce que vous avez des questions ou alors des points, des concepts qui vous semblent intéressants de me partager au regard de l'étude ? Vous qui êtes sur le terrain.

🗨 *Ergothérapeute interviewés*

Bah la, la notion qui est assez fondamentale pour moi mais qui est pas que valable pour les troubles alimentaires. En tant que thérapeute exerçant en libéral, c'est la pluridisciplinarité, c'est à dire que dès

qu'on peut-il faut contacter les collègues, même si c'est des orthos un peu réfractaires parce qu'elles ont l'impression qu'on vous impliquait leur champ de compétence. Pour moi, ça reste hyper important, ça permet de coordonner les soins quand même, ça permet de créer du réseau professionnel et ça c'est vachement important, car on reste un petit acteur de terrain dans quelque chose de plus globale. Et l'enfant il peut pas se réduire à avoir une bouche, une mâchoire et une mastication fonctionnelle, Non. Et on sait de plus en plus que, pas forcément du point de vue alimentaire, mais du point de vue oro-moteur-moteur. Déjà il y a pas que l'alimentation, il y a quand même aussi la respiration, ça c'est un sujet hyper intéressant et important à mettre en lien. Et on sait que la respiration, elle a un impact fondamental sur le sommeil, sur les troubles de l'attention, sur voilà plein d'autres sélections en fait de l'enfant ça. Ça donne des éclairage sur le fonctionnement de nos patients, Et enfin voilà, c'est c'est hyper riche en fait d'aller chercher les autres acteurs de terrain et d'essayer d'avoir d'autres éléments de compréhension pour imbriquer les pièces du puzzle. Et puis juste à titre personnel d'avoir une curiosité de ça en fait je dis pas qu'on doit tous devenir des experts de tout le fonctionnement du corps humain. Pour le coup, moi j'ai la chance d'avoir un réseau de professionnels sur vraiment la question de l'oralité, alors ça c'est le terme qu'eux ils utilisent, même si moi je l'utilise pas. Mais sur la question de l'oralité avec notamment des cours de santé qui se retrouvent, une fois tous les un mois et demi deux mois, en soirée donc sur notre temps personnel, mais avec du coup Bah, avec des médecins, pédiatres, orthodontistes spécialistes en pédiatrie avec des orthophonistes évidemment, avec des sophrologues, avec des hypnothérapeutes, avec des sages femmes, avec des ostéopathes. Enfin tout ce petit monde se rassemble sur ce sujet-là. Et du coup ça permet d'avoir plein de notions d'éclairage, de comprendre aussi comment les autres y travaillent. Parce qu'on a beaucoup de fond de passe sur ce que peut faire un orthophoniste en fait, d'expliquer ce que vous montrez, parce que malgré tout, on reste un corps de métier finalement si peu connu, même par nos collaborateurs, nos collègues dans la pluridisciplinarité et je trouve que ça permet d'avoir aussi une vision d'un parcours de soins pour ces enfants en gardant ça en tête que bah un enfant de 6 ans peut se retrouver avec 3 ou 4 ou même 5 rendez-vous semaine. Et à un moment il faut prioriser les chose et qu'il faut avoir l'humilité de dire, bah en ergo je vois pleins d'objectifs à travailler qui serait super, mais est-ce que c'est vraiment ça le premier truc à faire, est-ce que d'abord on aurait pas le temps de faire une petite année d'orthophonie pour en assurer que tout va bien dans la bouche, pour ensuite, pouvoir aller sur des objectifs très fonctionnels de la vie quotidienne. Et si on ne communique pas les uns avec les autres, Ben c'est un peu dommage, je trouve qu'on rate quand même des choses, c'est moins important quoi.

🗨 Intervieweur

Merci, c'est très gentil. Merci pour votre temps et de votre partage d'expérience.

🗨 Présentateur

Avec plaisir, quand on peut aider.

[Fin de l'enregistrement et de l'entretien semi-directif]

Résumé

Le trouble alimentaire pédiatrique est un handicap invisible quotidien. À partir de la période de diversification alimentaire, le diagnostic de ce trouble est rendu plus difficile pour les enfants sans trouble associé. L'accompagnement en ergothérapie est fondamental pour aider l'enfant et sa famille, pour leur co-occupation du repas au domicile. Dans ce contexte, les ergothérapeutes utilisent des approches spécifiques pour établir des stratégies et des outils pour les familles. Dans le but de créer un lien et soutenir les acquis des séances, au domicile. L'outil d'analyse est un entretien semi-directif, réalisé par visioconférence, avec quatre ergothérapeutes spécialisés dans ce trouble. Cette étude cible le rendement co-occupationnel et vise à décrire les outils et les stratégies utilisés, selon l'approche sensorielle orale séquentielle de l'alimentation (SOS), pour favoriser la généralisation des acquis. L'étude souligne une amélioration du rendement co-occupationnel, lorsque les familles intègrent les outils et stratégies au sein de leur domicile. Les types d'approches influencent le rendement et inspirent le choix des outils utilisés, pour permettre la généralisation des acquis de l'enfant. Cependant, le concept de généralisation dépend du type de partenariat familial et de l'engagement des parents dans les soins et les outils proposés.

Trouble alimentaire pédiatrique, Généralisation, Approche sensorielle orale séquentielle de l'alimentation / Approche SOS, Co-occupation

Abstract

Pediatric eating disorders are an invisible everyday handicap. From the period of dietary diversification onwards, the diagnosis of this disorder is made more difficult for children with no associated disorder. Occupational therapy support is essential to help children and their families to co-occupy themselves with meals at home. In this context, occupational therapists use specific approaches to establish strategies and tools for families. The aim is to create a link and support the achievements of the sessions in the home. The analysis tool is a semi-directive interview, conducted by videoconference, with four occupational therapists specializing in this disorder. The study focused on co-occupational performance and aimed to describe the tools and strategies used, according to the Sequential Oral Sensory approach to feeding (SOS approach), to promote the generalization of learning. The study highlights an improvement in co-occupational performance when families integrate the tools and strategies into their homes. The types of approach influence performance and inspire the choice of tools used to enable the child's learning to be generalized. However, the concept of generalization depends on the type of family partnership and the parents' commitment to the care and tools proposed.

Pediatric eating disorder, Generalization, Sequential oral sensory approach to feeding / sos approach, Co-occupation