



HAL
open science

**Élaboration d'un outil d'intervention couplée,
orthophoniste et ergothérapeute, à destination d'enfants
présentant un trouble alimentaire pédiatrique et
d'intégration sensorielle**

Marion Breilloux

► **To cite this version:**

Marion Breilloux. Élaboration d'un outil d'intervention couplée, orthophoniste et ergothérapeute, à destination d'enfants présentant un trouble alimentaire pédiatrique et d'intégration sensorielle. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03796584

HAL Id: dumas-03796584

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03796584v1>

Submitted on 4 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ANNÉE 2020/2021

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

CFUO DE CLERMONT-FERRAND

**ÉLABORATION D'UN OUTIL D'INTERVENTION COUPLÉE, ORTHOPHONISTE ET
ERGOTHÉRAPEUTE, À DESTINATION D'ENFANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE
ALIMENTAIRE PÉDIATRIQUE ET D'INTÉGRATION SENSORIELLE**

Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

BREILLOUX Marion

Le 25 juin 2021

Directeur de mémoire : DEVULDER Julie, Orthophoniste

Membres du jury :

DEVULDER Julie, Orthophoniste

MERIGAUD Jennifer, Orthophoniste, directrice pédagogique adjointe du CFUO de Clermont-Ferrand

MOM Thierry, Médecin ORL, directeur du CFUO de Clermont-Ferrand

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ma maîtresse de mémoire, Julie DEVULDER, de m'avoir soutenue dans ce projet, pour son partage de connaissances et ses conseils.

Je souhaite également remercier Anne-Gaël VACHERET pour son savoir-faire et son savoir-être, pour m'avoir transmis ses compétences en intégration sensorielle et pour sa générosité.

Je remercie Irène MICOLON, qui m'a fait découvrir la prise en soins de groupe des troubles alimentaires pédiatriques lors d'un stage. Cette approche m'a confortée dans le choix de mon sujet. Merci également d'avoir pris le temps de relire mon travail.

Merci à l'équipe de la MEEEX (Maison de Enfants Extraordinaires) de m'avoir accueillie durant mes stages, pour nos échanges et de m'avoir fait découvrir le travail d'équipe où le patient est au cœur des prises en soins.

Je remercie l'ensemble des patients et parents ayant participé à ce projet, de près comme de loin, et de m'avoir confrontée à la réalité du terrain.

Plus personnellement, je tiens à remercier mes camarades de promotion, qui m'ont soutenue et fait vivre de bons moments à Clermont-Ferrand durant ces cinq années.

Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien tout au long de mon cursus universitaire, d'avoir cru en moi et de m'avoir confortée dans mes choix. Merci pour tout, car sans vous je n'en serai pas là.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction théorique.....	4
1.1.	Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP).....	4
	Oralité alimentaire	4
	L'oralité troublée	5
	Etiologie et prévalence.....	6
	Signes cliniques et diagnostic orthophonique.....	7
1.2.	Intégration sensorielle (IS).....	8
	Sensorialité.....	8
	Traitement de l'information sensorielle.....	9
	Classification des troubles du traitement de l'information sensorielle.....	10
	Conséquences en lien avec les TAP.....	12
1.3.	Perspectives de prise en soins : les spécialistes des TAP et des troubles d'IS.....	12
	Prise en soins pluridisciplinaire	12
	Rôle de l'orthophoniste.....	13
	Rôle de l'ergothérapeute	13
	Intérêt du jeu dans la prise en soins	14
	Thérapies et approches possibles	14
1.4.	Problèmes et objectifs	15
2.	Méthodologie	16
	Matériel	16
	Méthode	18
3.	Résultats.....	22
	Elaboration de l'outil	22
	Outils complémentaires	29
4.	Discussion.....	32
5.	Conclusions et perspectives	39
	Références bibliographiques.....	40
	Annexes.....	43

LISTE DES ABRÉVIATIONS

TAP : Trouble alimentaire pédiatrique

CIFHS : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

PFD : Pediatric feeding disorder

SDS : Syndrome de dysoralité sensorielle

SFA : Sensory food aversions

ARFID : Avoidant / restrictive food intake disorder

TED : Trouble envahissant du développement

TSA : Trouble du spectre autistique

RGO : Reflux gastro-œsophagien

IS : Intégration sensorielle

SPD : Sensory processing disorder

MPT : Messy Play Therapy

SOS : Sequential Oral Sensory approach to feeding

1. Introduction théorique

Manger est un acte vital qui impacte notre fonctionnement cérébral et répond à nos besoins énergétiques. Un enfant qui ne mange pas ou peu, qui trie les aliments dans son assiette, ou qui refuse de manger certaines catégories d'aliments ou textures, est parfois jugé à tort comme capricieux ou difficile. Pourtant, il peut présenter un véritable trouble en lien avec des causes motrices, sensorielles et/ou psycho-socio-comportementales. Dans ce cas, une prise en soins adaptée à l'enfant sera indispensable pour retrouver une alimentation équilibrée, variée et qui couvre ses besoins nutritionnels pour lui permettre une croissance harmonieuse et assurer de bonnes facultés cérébrales. Aussi, accéder au plaisir de manger sera un objectif visé par l'intervention. Pour comprendre et diagnostiquer la présence d'un tel trouble, dans cette première partie, seront développés, les troubles alimentaires pédiatriques, leur lien avec le système sensoriel et les solutions possibles.

1.1. Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP)

Oralité alimentaire

L'oralité est par définition l'ensemble des fonctions affectées à la bouche telles que l'alimentation, la respiration, la phonation, le langage, la communication et la sensorialité. C'est donc la capacité à utiliser la sphère orale. Selon le dictionnaire d'orthophonie, (Courrier et al., 2018), « l'oralité représente un point de rencontre entre sensorialité, émotion et communication, et s'appuie sur des socles de développement et de maintien de la fonction organique, et sur un étayage environnemental et sociétal ».

Par ces différentes fonctions de l'oralité, deux catégories se distinguent, à savoir l'oralité verbale et l'oralité alimentaire. Elles se construisent conjointement et débutent in utero. Au sein de ces catégories, on retrouve l'oralité primaire, qui est réflexe et se développe sous la dépendance du tronc cérébral (Thibault, 2015), et l'oralité secondaire qui la succède. Cette dernière est volontaire et corticalisée entre 4 et 7 mois. C'est-à-dire qu'elle se réalise grâce au contrôle moteur et sensoriel suite aux connexions cérébrales (Toomey, 2002). Elle apparaît donc au moment de la diversification alimentaire, avec le passage à la cuillère et se caractérise, au niveau verbal, par le développement du babillage (rudimentaire, canonique puis mixte).

Selon Toomey et Ross (2011), manger serait l'acte le plus compliqué que l'on demande à notre organisme. Cette tâche complexe implique l'interaction de nombreux systèmes et activités du corps : les systèmes organique, musculaire et sensoriel, l'état nutritionnel, les capacités d'apprentissage, la

croissance, l'environnement mais aussi l'expérience de l'enfant face à l'alimentation. Les compétences à acquérir et à adopter pour une alimentation réussie sont notamment les suivantes (Toomey, 2002) :

- La stabilité posturale : l'installation de l'enfant lors du repas doit être adaptée.
- Les compétences oro-motrices : elles sont nécessaires pour passer de l'allaitement/biberon à la cuillère et manger-mains. Elles permettent le passage d'un mouvement de succion, pour les liquides et purées, à des mouvements de langue d'un côté à l'autre, pour l'alimentation en morceaux.
- Les compétences masticatoires : l'acquisition de mouvements verticaux de la mâchoire se fait vers 9-10 mois puis de mouvements de rotation aux alentours de 12-14 mois.
- Les habiletés sensorielles : tous les sens s'activent.
- Les compétences mains-bouche : elles se caractérisent par le passage d'une alimentation aux doigts à une alimentation comprenant l'utilisation d'ustensiles. Elles permettent à l'enfant d'apprendre à s'alimenter seul grâce à une coordination mains-bouche efficace.
- Les aptitudes parentales : les parents interviennent dans le choix des aliments adaptés au développement de leur enfant et rendent l'expérience agréable en établissant une relation saine avec l'alimentation. Ils sont un modèle pour leur enfant, ils l'encouragent à apprécier une variété d'aliments.

L'oralité troublée

Les auteurs peinent à se mettre d'accord concernant l'appellation des troubles alimentaires. En effet, les terminologies sont multiples comme le résume le schéma ci-dessous :

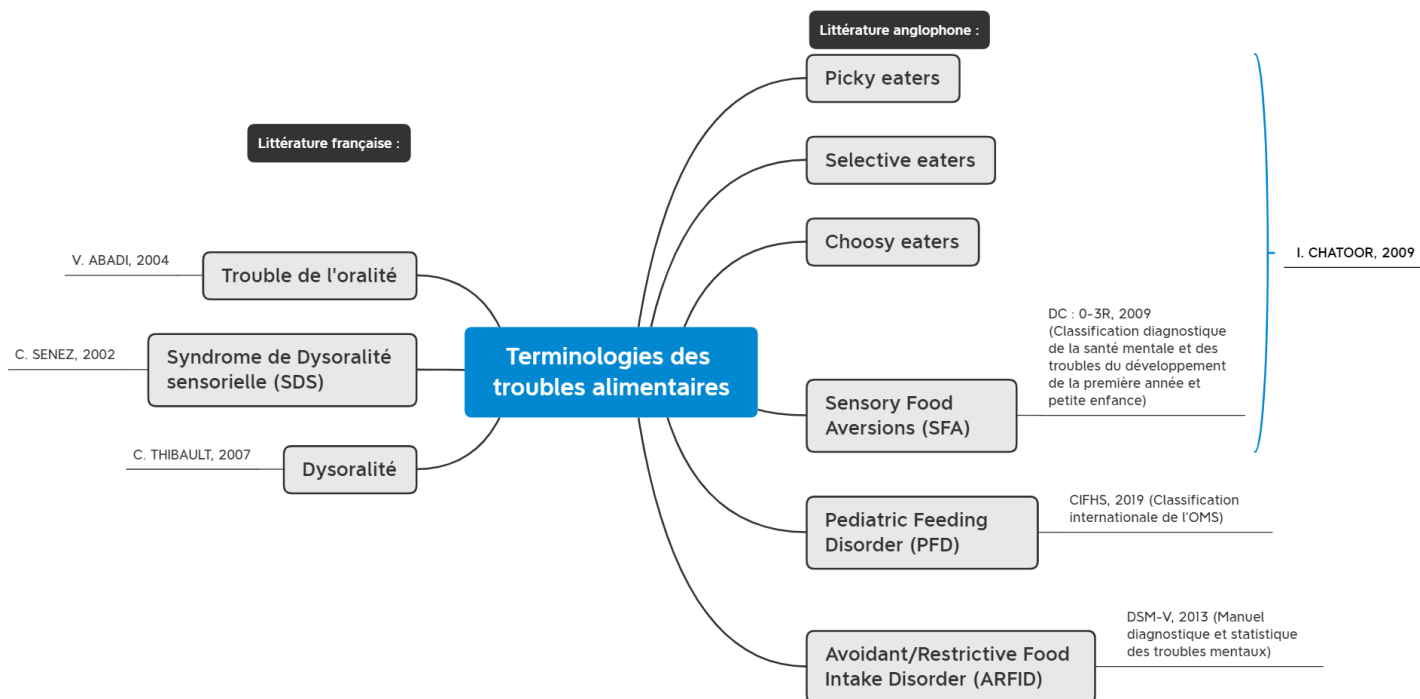


Figure 1 - Terminologies des troubles alimentaires selon la littérature française et anglophone

D'après la classification du DSM-V (5^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), au sein du chapitre des troubles alimentaires « Feeding and Eating Disorders », une nouvelle terminologie a fait son apparition sous le terme de Trouble de l'Alimentation Sélective et/ou Évitante : « Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder » ou ARFID. Selon Feillet et al (2020), « l'ARFID se caractérise par un manque d'intérêt pour l'alimentation ou un évitement de certains aliments, en raison de leurs caractéristiques sensorielles se traduisant par un déficit d'apports nutritionnels ». Cette nouvelle appellation permettrait un meilleur diagnostic et serait d'autant plus élargie.

Enfin, en 2019, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIFHS) de l'Organisation Mondiale de la Santé, propose un terme diagnostique unificateur : *Pediatric Feeding Disorder (PFD)* ou « Trouble Alimentaire Pédiatrique » (TAP). Ce trouble est défini comme un apport oral altéré qui n'est pas adapté à l'âge et qui est associé à un dysfonctionnement médical, nutritionnel, des compétences alimentaires et/ou psychosocial (Goday et al., 2019).

Dans le cadre orthophonique, l'évolution des pratiques a permis en 2018 d'intégrer le domaine de l'oralité aux textes officiels des capacités des orthophonistes (Courrier et al., 2018).

Il n'y a donc pas de définition claire selon la littérature. C'est pourquoi il existe différents termes, qu'il est difficile de comparer les études entre-elles et de déterminer précisément la prévalence de ces troubles.

Finalement, dans le cadre de notre mémoire, nous avons choisi d'emprunter la terminologie la plus récente à ce jour, et qui fait actuellement consensus dans la littérature scientifique, à savoir le « Trouble Alimentaire Pédiatrique » (*Pediatric Feeding Disorder*). Ce terme permet d'englober l'ensemble des difficultés de l'enfant au sein de son alimentation et les conséquences engendrées sur la vie quotidienne, sans spécifier, de prime abord, les troubles associés ou l'origine du trouble (aversion, évitement, sélectivité, troubles sensoriels). Bien sûr, cette terminologie sera réservée à la population infantile, comme c'est le cas dans notre mémoire.

Etiologie et prévalence

Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP) ont rarement une origine isolée, mais sont le plus souvent d'origine multifactorielle. En effet, les TAP peuvent être d'origine syndromique, psychologique ou encore environnementale (Martin-Royer & Cazenave, 2014). Disons que certains événements, certains troubles associés ou difficultés sous-jacentes peuvent engendrer un TAP ou contribuer à des difficultés alimentaires. Nous pouvons citer par exemple les pathologies néonatales, telles que la séquence de Pierre-Robin, les fentes vélo-palatines, le syndrome de CHARGE, la trisomie 21, les Troubles

Envahissants du Développement (TED), l'Infirmité Motrice Cérébrale... Aussi, les TAP peuvent être liés, à un environnement psycho-affectif peu sécurisé et à une perturbation de la mise en place des liens d'attachement entre les parents et l'enfant, ou encore, à un environnement traumatisant de la sphère orale. C'est le cas lors de chirurgies lourdes, d'intubation, de trachéotomie ou de pose d'une sonde naso-gastrique, notamment lors d'une naissance prématurée (Jaen Guillaume, 2014; Williams et al., 2010). Enfin, les TAP peuvent venir de troubles sensoriels importants. Cette étiologie sera détaillée dans le chapitre suivant.

Notons également qu'une fois le TAP installé, il peut être renforcé par les comportements inadaptés de l'entourage de l'enfant : pression médicale à faire grossir l'enfant et/ou conduites de forçage. Ainsi s'installe un cercle vicieux qui renforce le refus alimentaire de l'enfant.

Il est reconnu que dans un contexte de trouble du spectre autistique on retrouve des comportements alimentaires restrictifs. Mais selon Feillet (2020), de récentes études mettent en évidence une recrudescence de ces troubles chez les enfants et adolescents sans troubles psychiatriques associés. Sachant que la terminologie ARFID n'est apparue que depuis 2013, peu d'études épidémiologiques permettent d'assurer un taux de prévalence fiable. Il en est de même pour l'appellation « Troubles Alimentaires Pédiatriques ». Les estimations sont aussi variables les unes que les autres allant de 0,3% à 22% d'atteinte dans la population (Micali & Tombeur, 2019).

Néanmoins, au-delà de cette nouvelle appellation, selon la littérature, la fréquence des troubles alimentaires est de 25% chez les enfants à développement normal et 80% chez les enfants avec troubles envahissants du développement (TED), autismes et polyhandicap (Freeman et al., 2015; Senez, 2015).

Signes cliniques et diagnostic orthophonique

Les signes cliniques prédictifs d'un TAP sont variés et doivent alerter les professionnels de santé lors du bilan. Selon Bandelier (2014), et les formatrices Guillon-Invernizzi, Lecoufle et Lesecq-Lambre, les signes cliniques sont décrits selon quatre axes : les signes d'ordre médical, oro-moteur et fonctionnel, sensoriel et psycho-socio-comportemental. Ces manifestations sont répertoriées dans le tableau 1, ci-dessous.

Tableau 1 - Les signes cliniques prédictifs d'un TAP

Médical	<ul style="list-style-type: none"> - Allergies / intolérances alimentaires - RGO (Reflux Gastro-Œsophagien) / œsophagite - Pathologies ou malformations (neurologiques, cardiaques, digestives, métaboliques...) - Nutrition artificielle
----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Régurgitations, vomissements - Infections bronchiques / ORL - Amygdales hypertrophiées
Oro-moteur et fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de succion : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incoordination succion-déglutition-respiration ▪ Troubles des réflexes oraux ▪ Trouble du tonus : hypotonie / hypertonie oro-faciale - Difficultés motrices lors du passage à la cuillère - Difficulté d'acquisition de la mastication : passage aux morceaux difficile - Fausses routes, allongement du temps buccal, blocages alimentaires - Fuites salivaires
Sensoriel	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en bouche exacerbée : recherche sensorielle - Peu ou pas de réactions orales : hypo-réactivité sensorielle - Réactions d'aversion orales, faciales, corporelles : hyper-réactivité sensorielle ; hyper-nauséux
Psycho-socio-comportemental	<ul style="list-style-type: none"> - Sélectivité alimentaire (goût, texture, couleur, température...) - Refus de la nouveauté ou néophobie alimentaire persistante - Problèmes de comportement au moment des repas (évitement, colère...) - Peur d'avaler, de s'étouffer - Anxiété au moment des repas

Il est important de souligner que le comportement de l'enfant résulte de ses expériences passées avec la nourriture. Ainsi, si l'enfant présentant un terrain fragile subit une expérience difficile pour s'alimenter, il est probable qu'il manifeste un comportement d'évitement et qu'il redoute le moment du repas (Toomey & Ross, 2011).

La recherche de ces éventuels signes d'alerte chez l'enfant, permet d'objectiver la présence ou non d'un trouble alimentaire pédiatrique. Le diagnostic orthophonique peut ainsi être posé et la prise en soins ciblée.

Dans notre mémoire, nous avons centré nos recherches sur la cause sensorielle des TAP. Nous verrons qu'il existe plusieurs types de troubles du traitement de l'information sensorielle pouvant favoriser l'apparition d'un TAP.

1.2. Intégration sensorielle (IS)

Sensorialité

Nous apprenons dès le plus jeune âge que les êtres humains sont dotés de cinq sens. Et si finalement ce n'était pas le cas ? En effet, aux sens les plus connus que sont la vue, le toucher, l'audition, l'olfaction et le goût, s'ajoutent le sens vestibulaire et le sens proprioceptif, tout aussi importants.

Le système vestibulaire est l'organe sensoriel situé dans l'oreille interne qui est responsable de l'équilibre et du mouvement. Il fournit au cerveau des informations essentielles sur la vitesse et la direction du mouvement de la tête (Lane et al., 2019).

Le sens proprioceptif correspond au sens de la position. Il permet d'avoir conscience de la position des parties de notre corps dans l'espace.

Le système sensoriel commence à se développer au cours de la vie intra-utérine. Les expériences in utero auraient ainsi un impact à long terme sur le développement sensoriel de l'enfant. C'est à la naissance que tous les sens vont entrer en interaction pour permettre au nouveau-né de percevoir et découvrir son environnement. A ce stade, certains facteurs environnementaux vont continuer d'influencer ce développement sensoriel (Boudou & Lecoufle, 2015).

Traitement de l'information sensorielle

Anna Jean Ayres, pionnière dans le domaine de l'ergothérapie et des neurosciences, définit, dans les années 1970, la théorie d'intégration sensorielle comme les processus neurologiques qui organisent la sensation à partir de son propre corps et de l'environnement. Ces mécanismes permettent d'utiliser le corps efficacement dans l'environnement (Lane et al., 2019). En d'autres termes, nos sept sens envoient en continu des informations au cerveau qui les reçoit, les traite et y répond de manière adaptée par des gestes, des comportements, des émotions.

L'intégration sensorielle constitue la base de la pyramide des apprentissages de l'enfant selon Williams et Shellenberger, (1996) (figure 2). Elle permet le développement du sensori-moteur jusqu'au développement comportemental et cognitif.

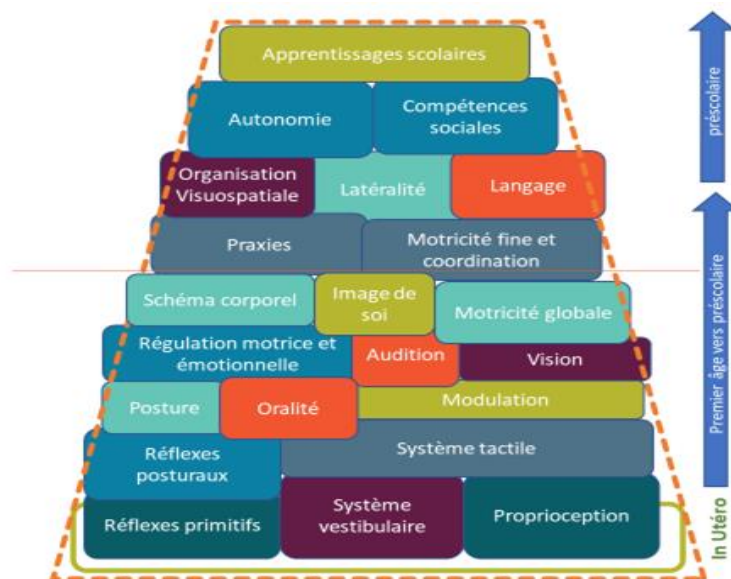


Figure 2 - La pyramide des apprentissages, modèle neurodéveloppemental inspiré de Williams et Schellenberger (1996), adapté par Isabelle Babington (2020)

Classification des troubles du traitement de l'information sensorielle

Lorsque le système nerveux est incapable de trier, réguler, comparer et/ou utiliser les informations sensorielles et que les réactions de l'enfant l'empêchent de bien mener ses activités quotidiennes, on parle de trouble du traitement de l'information sensorielle ou *Sensory Processing Disorder (SPD)* (Babington, 2018). Cette terminologie, développée par Miller et al (2007), est actuellement référencée dans les classifications diagnostiques internationales, Zero to Three, DC : 0-3R et dans le manuel diagnostique pour l'enfance et la petite enfance (*Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood*), (Ray-Kaeser & Dufour, 2013).

Ces auteurs proposent de décliner les troubles du traitement de l'information sensorielle en trois types :

- **Les troubles de la modulation sensorielle ou d'intégration sensorielle :**

La modulation sensorielle permet au cerveau de filtrer les informations reçues selon leur importance. Elle permet à l'enfant de rester dans un état d'éveil optimal et de maintenir un niveau de vigilance approprié. En cas de trouble, le cerveau a des difficultés à traiter les informations sensorielles. Face aux stimuli reçus, l'enfant ne sera pas capable d'apporter une réponse appropriée et d'intensité optimale. Ces difficultés peuvent s'exprimer par une :

- Hypersensibilité ou hyper-réactivité : le seuil de perception des informations sensorielles est bas, mettant rapidement en alerte l'enfant : les stimuli sensoriels sont perçus comme une agression ou

une menace. Cela provoque une surcharge d'informations sensorielles inconfortable pour l'enfant. Il aura alors tendance à fuir certains stimuli.

- Hyposensibilité ou hypo-réactivité : l'enfant a besoin d'une plus longue exposition à un stimulus pour traiter l'information sensorielle et y répondre. L'enfant aura tendance à être apathique.
- Recherche des informations sensorielles afin de combler un manque. L'enfant a généralement un comportement impulsif, agité et insouciant (Miller et al., 2007).

Ces manifestations peuvent toucher tous les sens ou seulement certains. Notons aussi qu'un même enfant peut avoir une hypersensibilité concernant certains sens et une hyposensibilité concernant d'autres sens.

- **Les troubles de la discrimination sensorielle :**

La discrimination sensorielle est le fait de distinguer et d'interpréter les stimuli sensoriels afin d'interagir de façon appropriée avec son environnement. En cas de trouble, l'enfant a du mal à identifier les stimuli sensoriels et à comprendre l'information transmise.

- **Les troubles moteurs à base sensorielle :**

Ces difficultés se traduisent par de mauvais mouvements posturaux en raison de problèmes sensoriels. L'enfant perçoit son corps de manière incomplète et l'utilise avec maladresse. Ces troubles sont :

- Les désordres posturaux : difficulté à stabiliser le corps pendant le mouvement ou au repos.
- La dyspraxie : trouble de la planification et de la coordination des mouvements nécessaires à la réalisation d'une action.

En résumé, cette classification diagnostique, issue des travaux de Miller et al, peut s'illustrer par le schéma de la figure 3 (Ray-Kaeser & Dufour, 2013).

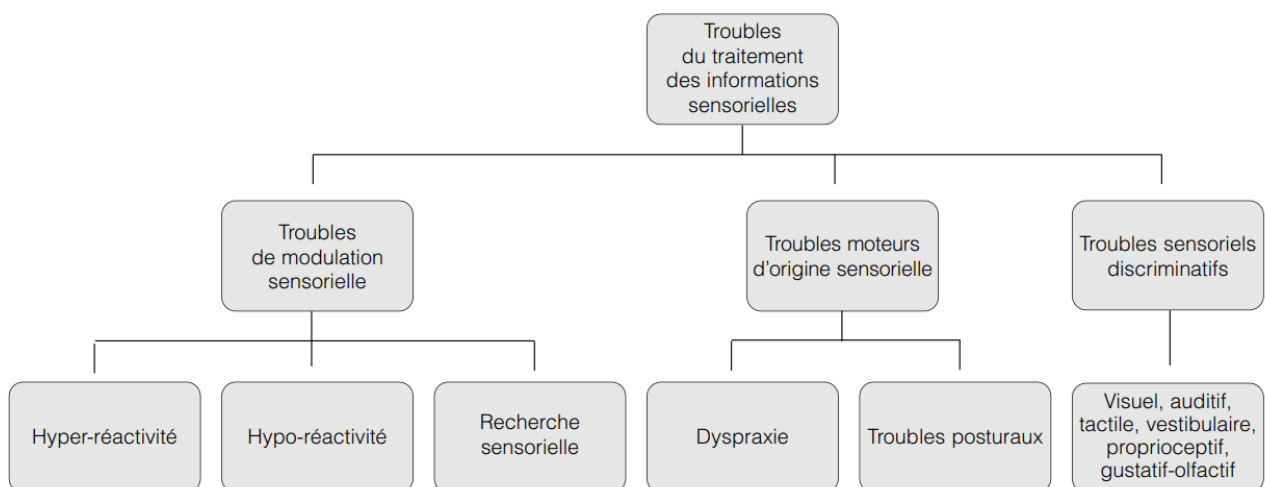


Figure 3 - Classification diagnostique des troubles du traitement de l'information sensorielle, traduit de Miller et al (2007) par Ray-Kaeser et Dufour (2013)

Comme de nombreuses classifications, celle-ci est purement théorique. En réalité, selon Babington (2018), ergothérapeute, les troubles peuvent être associés ou s'ajouter les uns aux autres.

Conséquences en lien avec les TAP

Les troubles du traitement de l'information sensorielle, nous l'avons vu, touchent l'ensemble des sens. Sachant que l'acte de manger engage plusieurs sens simultanément, et fonctionne selon un mode multimodal, un lien étroit peut se créer entre un trouble de la modulation sensorielle et un trouble alimentaire pédiatrique. En cas d'hyper-réactivité sensorielle, l'enfant aura des difficultés envers la nouveauté, que ce soit en termes de goûts, consistances, textures, températures ou mode d'alimentation. Inversement, en cas d'hypo-réactivité sensorielle, l'enfant aura des difficultés à percevoir et gérer la présence d'aliments dans la bouche, gardant ainsi le bol alimentaire en bouche sans l'avaler, ou réduira le temps de mastication et avalera des morceaux volumineux au risque de s'étouffer. En effet, une mastication inefficace peut être due à un trouble praxique d'origine sensorielle. L'enfant identifiera difficilement la position et les mouvements de sa langue et aura du mal à mesurer la force de mastication par un manque de proprioception. Il pourra également être en recherche de stimuli et préférer les saveurs épicées, les aliments à texture croquante, les liquides pétillants ou aux températures extrêmes (Barbier, 2014; Boudou & Lecoufle, 2015).

1.3. Perspectives de prise en soins : les spécialistes des TAP et des troubles d'IS

Prise en soins pluridisciplinaire

Nous l'avons vu, les manifestations des troubles alimentaires pédiatriques, qu'elles soient oro-motrices, sensorielles ou psycho-socio-comportementales, sont variées. Comme l'indiquent Boudou et Lecoufle (2015), « l'alimentation-plaisir et l'investissement positif de la sphère orale s'étayent en partie sur un investissement corporel et sensoriel harmonieux ». De ce fait, une évaluation pluridisciplinaire la plus complète possible semble indispensable pour poser un diagnostic précis et adapter au mieux la prise en soins de l'enfant. L'équipe pluridisciplinaire se constitue de tout professionnels de santé de la petite enfance, tels qu'un orthophoniste ou un ergothérapeute. De plus, le partenariat des parents au sein de cette équipe est essentiel à l'avancement des objectifs thérapeutiques (Gosa et al., 2020).

Rôle de l'orthophoniste

Face à un TAP, l'orthophoniste devra avant tout adopter une démarche clinique. L'étape initiale de bilan consiste en un entretien anamnestique approfondi avec les parents, une observation de l'enfant et un examen clinique évaluant les capacités orales, d'un point de vue comportemental et sensorimoteur, au cours de l'alimentation et en dehors. Les objectifs seront de situer l'origine du trouble, de repérer les signes cliniques prédictifs d'un TAP et de comprendre comment ces difficultés se sont inscrites dans le vécu familial. Ces informations permettent à l'orthophoniste de poser un diagnostic précis, étayé si besoin par des données issues d'examen d'investigation complémentaires, ou d'émettre certaines hypothèses diagnostiques. L'orthophoniste peut ainsi proposer, si nécessaire, une prise en soins adaptée aux troubles, aux patients dans son écosystème et à la demande. L'élaboration d'un projet thérapeutique cohérent avec des objectifs précis à court et long terme sera indispensable (Abadie, 2004).

Rôle de l'ergothérapeute

Selon le Ministère de la Santé et des Sports (2008), l'ergothérapeute agit sur les aspects moteurs, sensitifs, sensoriels, cognitifs, mentaux et psychiques de la personne dans le but d'optimiser les apprentissages, les performances, l'autonomie, le bien-être et l'équilibre émotionnel et social. L'ergothérapeute, formé à une approche en intégration sensorielle, pourra évaluer les systèmes sensoriels et comment leur déficit contribue aux troubles observés (Babington, 2018). Pour ce faire, un profil sensoriel, tel que le profil de Dunn, pourra être élaboré. Cette évaluation peut confirmer, infirmer ou compléter le diagnostic orthophonique de TAP et préciser son origine. Une prise en soins en intégration sensorielle pourra être jugée nécessaire par l'ergothérapeute. Elle aura pour objectif d'amener une réponse appropriée aux différents stimuli sensoriels et de développer des comportements permettant à l'enfant de s'adapter à son environnement, de mieux appréhender son quotidien, ses relations et ses apprentissages. Lors des séances, des stimulations ciblées seront proposées afin de répondre aux besoins sensoriels de l'enfant. Certaines activités seront préconisées à la maison pour optimiser la prise en soins. Par exemple, une stimulation du système proprioceptif peut s'avérer utile pour aider l'enfant à se poser sur le temps de repas en appliquant des pressions profondes, en apportant des vibrations ou bien une couverture lestée. L'ergothérapeute peut aussi proposer le protocole de Wilbarger agissant sur le sens tactile par le biais des pressions profondes (Barbier, 2014; Freeman et al., 2015). Cette intervention sera couplée à une guidance parentale afin de répondre au mieux aux besoins de l'enfant et de ses parents.

Intérêt du jeu dans la prise en soins

Le jeu est un moyen d'exploration, une source de plaisir, un terrain propice aux interventions, un lieu d'idéalisation et de projection. Il permet à l'enfant d'enrichir ses expériences sensori-motrices, cognitives et émotionnelles et d'entrer en relation avec ses pairs. Pendant que l'enfant joue, il se développe en tant qu'individu. L'acquisition progressive de nouvelles compétences reflète et influence son développement. Le jeu a ainsi pour fonctions :

- La confrontation à la réalité dans l'imaginaire
- La construction de l'identité de l'enfant

Par cette définition et d'après l'étude de Sassim-Duhard (2013), nous pouvons admettre un intérêt de la médiation par le jeu dans la prise en soins orthophonique de manière générale, et plus particulièrement dans le cas d'enfants présentant des troubles alimentaires pédiatriques. En effet, le jeu interactif et l'utilisation de l'imitation, mettent en avant une relation symétrique et valorisante pour l'enfant. Il permet de décentrer et de dédramatiser l'objet des tensions. L'accès à la zone d'inconfort est plus facile pour l'enfant qui agit grâce à une motivation générée par le jeu et grâce aux liens créés avec l'imaginaire.

Thérapies et approches possibles

Selon les études basées sur des preuves, les auteurs concluent qu'il n'y a actuellement pas suffisamment de preuves de haute qualité provenant d'essais contrôlés randomisés ou quasi-randomisés pour attester de l'efficacité des thérapies sensorielles dans le traitement des TAP (Gosa et al., 2020).

Néanmoins, d'après la revue de la littérature de Diraison (2019), cinq thérapies sensorielles appliquées à la prise en soins des TAP sont mises en évidence comme ayant un certain niveau de preuves et d'efficacité.

- **Food Chaining**© : programme individualisé, adapté au profil sensoriel et alimentaire de l'enfant, dont l'objectif est de développer son répertoire alimentaire en soulignant les caractéristiques similaires entre les aliments cibles et les aliments tolérés.
- **The Fun with Food Program** : suivi intensif pluridisciplinaire visant l'augmentation des apports nutritionnels et la diversification des goûts et textures.
- **Messy Play Therapy (MPT)** : approche centrée sur le jeu dont l'objectif est de diminuer les réactions aversives sensorielles de l'enfant. Grâce à une désensibilisation au toucher, par la

manipulation de textures non-alimentaires puis alimentaires, l'enfant se familiarise et interagit avec de nouvelles textures et odeurs. Aucune incitation à goûter les aliments n'est requise.

- **Sequential Oral Sensory (SOS) Approach to Feeding** : approche basée sur le jeu et proposant une désensibilisation progressive selon des étapes hiérarchiques. L'objectif est la diversification du panel alimentaire et l'augmentation des volumes ingérés.
- **Positive Eating Program** : programme basé sur l'exploration sensorielle des aliments. L'objectif est de découvrir les propriétés physiques des aliments de manière ludique afin de diminuer l'anxiété face aux nouvelles textures alimentaires. S'inspire des thérapies Food Chaining et SOS Approach to Feeding.

1.4. Problèmes et objectifs

Comme mentionné dans cette première partie, les TAP touchent de nombreux enfants et sont de mieux en mieux diagnostiqués. Parmi la multitude d'approches possibles, les orthophonistes sont parfois hésitants quant au choix à faire pour une intervention des TAP en lien avec un trouble d'intégration sensorielle et à la manière de la mettre en place (Fortin, 2018). Le manque de preuves de certaines méthodes pose aussi problème. Afin de répondre à cette demande, nous avons souhaité réaliser un outil d'intervention pluridisciplinaire au sein d'un groupe d'enfants présentant un TAP et un trouble d'intégration sensorielle en nous inspirant de l'approche SOS du professeur Toomey.

2. Méthodologie

Matériel

La crise sanitaire de COVID-19, touchant actuellement notre pays, nous a contrainte à réajuster notre projet d'étude initialement prévu. En effet, nous souhaitions, par le biais d'un atelier de groupe animé par une orthophoniste et une ergothérapeute, évaluer l'efficacité d'une intervention ciblée sur les troubles alimentaires pédiatriques et d'intégration sensorielle. Malheureusement, les ateliers ont été suspendus durant toute la période de confinement et n'ont pu être mis en place dans le respect des règles sanitaires en vigueur.

Nous n'avons néanmoins pas abandonné notre idée de développer cette approche pluridisciplinaire qui semble primordiale pour une prise en soins efficace des enfants présentant un TAP. C'est pourquoi, nous avons décidé de créer un outil complet sous forme de canevas et de fiches à compléter, dans le but de faciliter l'intervention des professionnels.

Notre démarche s'inspire de nos différentes lectures scientifiques et plus spécifiquement de l'approche SOS ou *Sequential Oral Sensory approach to feeding*. Cette approche, nous l'avons vu, fait partie des méthodes d'intervention actuellement mises en place en intervention orthophonique. C'est un programme transdisciplinaire conçu pour évaluer et traiter les raisons pour lesquelles un enfant a du mal à manger. Ce programme, conçu au milieu des années quatre-vingt par le Dr Kay Toomey, psychologue pédiatrique à Denver, se base sur les étapes du développement typique impliqué dans l'alimentation.

Au départ, l'approche SOS avait pour but d'aider les enfants à passer d'une alimentation par sonde à une alimentation per os. Puis, cette méthode s'est vu évoluer et devenir accessible aux enfants ayant des troubles alimentaires pédiatriques sans nécessairement avoir de sonde gastrique. L'objectif est donc d'augmenter la gamme et le volume des aliments que l'enfant mange en considérant l'enfant dans son ensemble : domaines sensoriel, moteur, oral, comportemental, médical, nutritionnel et environnemental, le tout en tenant compte de ses capacités et difficultés. Une intervention pluridisciplinaire est alors indispensable pour prendre en compte l'ensemble de ces domaines. Des orthophonistes, ergothérapeutes, pédiatres, psychologues pédiatriques, diététiciens sont amenés à intervenir dans ce programme (Benson et al., 2013; Dow, 2015; Toomey & Ross, 2011).

On entend souvent les adultes dire que « tous les enfants sont difficiles, c'est dans leur tête, ils font des caprices », alors qu'en réalité, selon le docteur Toomey, il s'agit d'un dysfonctionnement dans leur corps. C'est pourquoi la prise en soins des TAP doit prendre une dimension globale.

Le programme de douze semaines se base sur le principe que manger est une tâche nécessitant 25 à 32 étapes. En effet, apprendre à manger un aliment se fait en 20 à 25 étapes pour un enfant typique ; 32 étapes en moyenne pour un enfant avec un trouble alimentaire et 40 à 60 étapes pour un enfant présentant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) (Benson et al., 2013; Toomey & Ross, 2011).

Le principe du programme est alors d'introduire progressivement les aliments selon une hiérarchie de désensibilisation bien définie. La hiérarchie reprend les 32 étapes nécessaires au processus de manger qui sont classées en six catégories : tolérer visuellement ; interagir ; sentir ; toucher ; goûter ; manger (détail figure 4).

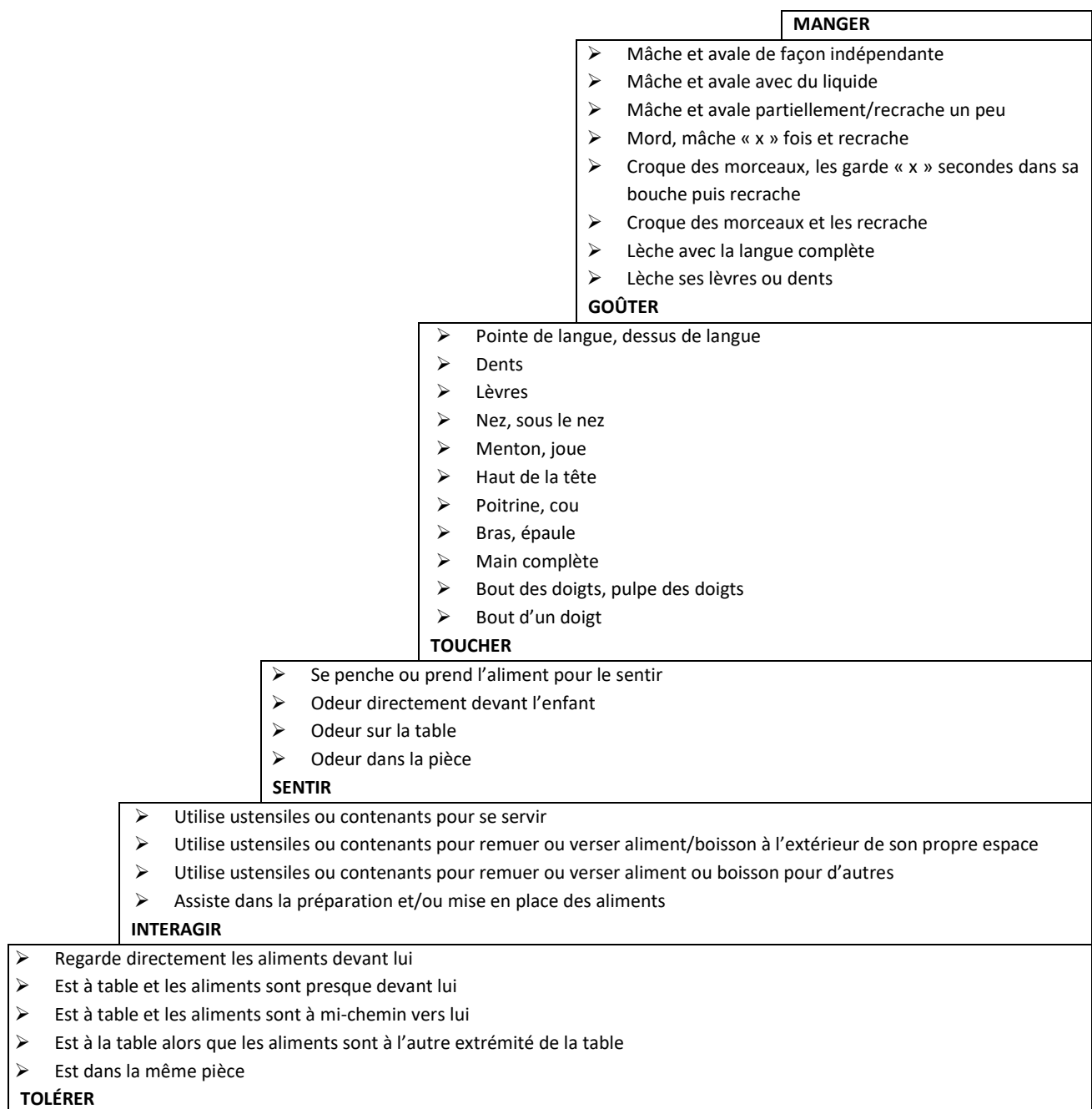


Figure 4 - Hiérarchie des 32 étapes pour manger, traduit de Toomey (2002)

L'objectif est donc d'encourager l'enfant à explorer, interagir et éventuellement manger de nouveaux aliments par le biais de jeux. Le jeu permet d'apprendre les habiletés sensorielles et motrices orales nécessaires pour manger. Jouer avec la nourriture est conceptualisé comme un mécanisme de relaxation. Si le niveau de stress de l'enfant devient trop important lors de la présentation des aliments, le thérapeute retire la nourriture et revient à un échelon inférieur de la hiérarchie afin que l'enfant puisse se détendre et se réorganiser (Peterson et al., 2016). Nous verrons dans la section suivante comment cela est mis en place et par quels moyens.

En s'appuyant sur cette approche et nos expériences lors de différents stages orthophoniques, nous avons décidé de créer un outil d'intervention des troubles alimentaires pédiatriques en lien avec les troubles sensoriels. Initialement créé pour une intervention en groupe, nous verrons qu'il peut aussi bien s'adapter pour une approche individuelle.

En effet, selon les lignes directrices recommandées par le programme SOS, les enfants de moins de 18 mois sont généralement orientés vers des séances individuelles et les enfants âgés de 18 mois à 5-6 ans vers des séances de groupe. Les enfants de plus de 7 ans sont inscrits soit individuellement, soit en groupe (Boyd, 2007 in Dow, 2015).

Pour créer notre outil, nous nous sommes basée sur une intervention de groupe pour des enfants de plus de 7 ans. Outre l'âge, les critères d'inclusion de notre population doivent être : des enfants ayant un diagnostic de TAP associé à un trouble de l'intégration sensorielle et un groupe de trois à cinq enfants pour deux intervenants.

Méthode

L'objectif fixé pour cette intervention est avant tout d'augmenter le panel alimentaire de l'enfant. Dans un second temps, quand l'enfant aura atteint cet objectif, nous chercherons à augmenter le volume des aliments ingérés. Pour ce faire, le patient devra oser découvrir de nouveaux aliments et sortir de sa zone de confort.

Afin de construire l'outil de prise en soins, il nous a fallu réfléchir à sa forme concrète. Le plus adapté selon nous, était de créer des fiches techniques qui reprenaient la démarche à suivre, des fiches à compléter pour relever les données en pré et post-intervention, mais aussi des tableaux pour recueillir les données observées durant les séances.

Selon l'approche SOS présentée par le Dr Toomey, les séances sont structurées suivant trois grandes étapes : un rituel de début de séance comprenant un temps moteur et oro-moteur et le lavage des mains ;

une désensibilisation progressive durant laquelle les aliments sont présentés un à un et explorés en fonction du rythme de l'enfant ; un rituel de fin de séance permettant de nettoyer et ranger la salle d'activité (Dow, 2015; Freeman et al., 2015; Peterson et al., 2016).

Intéressons-nous plus spécifiquement à ces trois étapes sur lesquelles nous nous sommes appuyée afin de créer l'outil. D'abord, le **rituel de début de séance** consiste en la préparation sensori-motrice des enfants. Au travers d'activités de parcours moteurs et de praxies bucco-faciales, l'enfant « réveille » l'ensemble de son corps et de ses sens. Ce rituel participe à la progression de désensibilisation visant la mise en bouche des aliments présentés. Ces arguments sont également valables pour le lavage des mains, au-delà de l'aspect hygiénique.

Ensuite, les **aliments** préalablement sélectionnés par les thérapeutes, en accord avec les parents, sont **présentés un à un** aux enfants du groupe. Le but de cette approche est que chaque enfant puisse progresser dans les 32 étapes de la hiérarchie alimentaire (*figure 4*) pour chaque aliment présenté. Les thérapeutes utilisent le renforcement social positif afin d'aider l'enfant à progresser dans la hiérarchie. Dans un premier temps, il est important de laisser l'enfant réagir spontanément avec l'aliment, sans incitation verbale ou gestuelle. Le praticien pourra noter, sur une grille d'analyse (*cf ANNEXE 5 - Recueil des données par le thérapeute*), l'étape franchie dans les trois premières secondes succédant la présentation de l'aliment. Dans un second temps, le thérapeute pourra solliciter les enfants à verbaliser, manipuler, jouer, couper, pour découvrir et s'approprier progressivement l'aliment. Il encourage ainsi l'enfant pour l'amener à l'étape la plus élevée de la hiérarchie qu'il puisse atteindre (idéalement manger l'aliment), qu'il notera sur la grille d'analyse.

Afin d'encourager les enfants à atteindre le plus haut palier, les six grandes étapes peuvent être représentées visuellement sous forme d'escalier à gravir (*illustré figure 6*) permettant de cumuler des points ou d'obtenir des tampons renforçateurs à chaque marche atteinte.

Enfin, le **rituel de fin de séance** permet de clôturer l'activité et inciter une dernière fois l'enfant à manipuler les aliments vus en séance. En effet, il doit jeter les restes à la poubelle en utilisant idéalement ses mains, pour renforcer son sens tactile, ou en soufflant dessus et visant la poubelle. Cette deuxième option renforce le sens olfactif de l'enfant lorsqu'il s'approche de l'aliment pour souffler. Si cela semble encore impossible pour le patient, le thérapeute peut lui proposer d'utiliser un ustensile de cuisine pour pousser l'aliment.

Pour renforcer ces nouvelles explorations alimentaires, l'enfant doit poursuivre les expériences à la maison, c'est pourquoi nous avons fait le choix d'ajouter une quatrième étape. A la fin de chaque

séance, un **défi** personnalisé sera déterminé selon l'étape de la hiérarchie franchie en séance par l'enfant et expliqué à sa famille. L'objectif pourra être de progresser d'une ou plusieurs étapes de la hiérarchie alimentaire avec un des aliments de la séance ou encore de le garder en bouche plus de cinq secondes tous les jours. Ces défis auront pour but de transposer le travail en séance à une situation écologique et quotidienne. Pour encourager l'enfant, des renforçateurs peuvent être donnés. Il peut s'agir par exemple de coller des gommettes dans un semainier qui, cumulées, donneront accès à une récompense, quelque chose qui fait plaisir à l'enfant.

A partir de la deuxième séance d'intervention, un **retour d'expérience** pourra être instauré avant la nouvelle étape de désensibilisation. Chaque enfant racontera aux autres ce qu'il a pensé de la séance précédente et partagera son expérience vécue à la maison. Ce même échange sera fait avec les parents qui pourront à leur tour donner leur avis parfois plus objectif.

Constitution du groupe :

Pour mettre en place des ateliers de groupe, il est nécessaire que les professionnels qui interviennent s'organisent selon leur disponibilité mais aussi sur le choix de la population. Différentes contraintes sont à soulever : quels enfants ? combien d'enfants ? quels objectifs ? quel horaire ? L'élaboration d'un groupe se fait à l'issue du bilan orthophonique et en concertation avec les autres professionnels concernés (dans notre cas, un ergothérapeute). Pour répondre aux critères d'inclusion, un diagnostic précis de trouble alimentaire pédiatrique trouvant une origine sensorielle doit être posé pour chaque patient.

Tout d'abord, les thérapeutes doivent établir un nombre d'enfants présents par séance. Par expérience, nous conseillons idéalement entre trois et cinq enfants pour deux thérapeutes. En effet, les praticiens doivent être disponibles pour chaque enfant, savoir adapter le rythme en fonction des particularités de chacun et surtout observer et noter leurs progrès et réactions face à chaque aliment proposé. Ensuite, il est important de cibler une tranche d'âge pour constituer un groupe harmonieux. Nous l'avons indiqué plus haut, selon Boyd (2007), à partir de 18 mois, les enfants peuvent bénéficier de séances d'intervention en groupe. Enfin, le profil de l'enfant est à étudier, certains seront plus enclins à participer à une prise en soins de groupe tandis que d'autres progresseront mieux dans un cadre individuel. La proposition du groupe sera soutenue par les premiers entretiens et bilans réalisés individuellement. Cette première rencontre permettra d'en apprendre plus sur le comportement de l'enfant en évaluant notamment ses habiletés sociales. Les objectifs thérapeutiques ciblés en fonction de la demande des familles seront confrontés pour répondre aux besoins de chaque patient. Idéalement,

les problématiques doivent être similaires pour faciliter la mise en place de l'atelier et proposer une désensibilisation progressive autour d'aliments communs à l'ensemble du groupe.

Une fois recrutés, les enfants et leurs parents s'engagent à suivre cette intervention de groupe durant douze semaines à raison d'une séance hebdomadaire d'environ une heure.

Préparation en amont des séances :

Les aliments de chaque séance ne sont pas choisis au hasard. Les thérapeutes, en concertation avec les parents, les sélectionnent en variant au maximum, pour un même aliment, leur goût, leur texture, leur forme, leur couleur, leur température mais aussi leurs caractéristiques nutritionnelles, le tout afin d'améliorer la motricité buccale et les déficits sensoriels des enfants. Cette sélection se fait en fonction des données relevées lors du premier entretien avec les parents et donc des habitudes alimentaires de la famille. Les praticiens devront respecter les objectifs fixés, en fonction des attentes. Une fois les données croisées entre les différents patients, les aliments pourront être ciblés afin d'élargir au maximum le panel d'aliments tolérés par les enfants.

Fin de l'intervention et analyse des résultats :

A l'issue des douze semaines d'intervention, d'après Toomey (2011), une progression devrait être notable quant aux nombres d'aliments tolérés par l'enfant. Pour savoir si les objectifs initialement fixés sont atteints, les résultats relevés au cours des séances d'intervention seront analysés et un entretien avec les parents sera réalisé. L'élaboration d'un nouvel inventaire alimentaire par les parents sera l'élément significatif de l'efficacité de la prise en soins. Il pourra être comparé à l'inventaire du bilan initial et permettra de juger de la nécessité ou non de poursuivre la prise en soins.

3. Résultats

Elaboration de l'outil

Nous avons choisi de constituer l'outil d'intervention sous forme de fiches à compléter et à adapter en fonction des patients.

Notre outil se décline en quatre grandes parties :

- Les données pré-intervention
- La trame des séances
- Les données durant l'intervention
- Les données post-intervention

• **Les données pré-intervention :**

Avant toute intervention, l'orthophoniste doit établir un bilan ciblé dans le but de poser un diagnostic précis ou des hypothèses diagnostiques, d'écarter un trouble, mais aussi d'établir, si nécessaire, un projet thérapeutique adapté aux besoins du patient.

Pour faciliter la prise de notes et balayer l'ensemble des questions à poser, nous avons fait le choix de créer une fiche structurée en quatre grandes parties à compléter directement (pointillés, cases à cocher) (*cf ANNEXE 1 – Bilan initial*). Ces données initiales auront également pour objectif de déterminer les compétences et difficultés de l'enfant à l'instant t, qui seront comparées aux données post-intervention pour constater une éventuelle évolution.

La création de cette fiche s'est faite à partir de nos lectures, de nos connaissances théoriques et de nos expériences pratiques.

D'abord, les **données anamnestiques** sont relevées au cours de l'entretien avec les parents. Il s'agit de questions générales et ciblées afin de connaître l'enfant, son histoire et ses difficultés. Nous avons donc, pour commencer, les informations générales (identité du patient, médecin traitant ou prescripteur, affection ou pathologie) et les informations sur la famille (composition de la fratrie et place de l'enfant au sein de celle-ci, lieu de vie de la famille). Viennent ensuite les questions propres à la santé de l'enfant. Elles permettent au thérapeute de faire des liens de cause à effet entre les difficultés de l'enfant, les traumatismes médicaux éventuels et les conséquences entraînées. Certains signes d'alertes pourront être évocateurs d'un trouble. Les questions porteront sur l'histoire périnatale (grossesse et accouchement) et sur l'histoire médicale de l'enfant (hospitalisation, allergies, intolérances, qualité du transit, présence de reflux gastro-œsophagiens, de fausses-routes, de douleurs,

examens effectués, traitements, suivis médicaux et paramédicaux et les antécédents familiaux). Dans cette continuité, l'orthophoniste se renseignera sur le développement de l'enfant d'un point de vue psychomoteur (acquisition de la marche, quatre pattes, station assise, maintien de la tête, propreté), langagier (apparition des premiers mots et phrases, habiletés sociales : comportement et centres d'intérêt) et du sommeil. Une partie primordiale dans cet entretien est de savoir la plainte et la demande des parents et de l'enfant. Pourquoi sont-ils présents aujourd'hui et qu'attendent-ils du thérapeute ? C'est à ce moment que nous indiquerons les difficultés de l'enfant et la date à laquelle elles sont apparues. La dernière section de cette anamnèse concerne l'alimentation avec des questions précises à ne pas négliger pour comprendre les difficultés de l'enfant et prévoir des aménagements au quotidien. Les questions concernent :

- Le développement alimentaire : type d'alimentation (au sein, au biberon ou mixte), l'âge du sevrage, la qualité de la succion nutritive, la présence de succion non nutritive, l'âge de mise en place de la diversification alimentaire et les éventuelles difficultés, le passage aux morceaux (âge et difficultés) et le type d'alimentation actuelle.
- Le nombre de repas journaliers
- La durée moyenne d'un repas
- La présence ou non d'une alimentation en dehors des repas
- La régularité des horaires
- Le contexte familial lors du repas
- Le comportement de l'enfant lors des repas
- La présence de réflexe nauséux ou de vomissements lors des repas
- L'éventuelle différence entre les lieux de prise des repas (maison, famille, cantine...)
- L'installation de l'enfant à table
- Les conditions environnementales lors des repas (télévision, bruit...)
- Les ustensiles utilisés
- L'autonomie de l'enfant
- Les stratégies environnementales et parentales employées lorsque l'enfant refuse de manger

Puis, en amont du rendez-vous orthophonique, un **inventaire alimentaire** est demandé aux parents. Selon les études, celui-ci correspond à la liste d'aliments que l'enfant mange régulièrement. Nous ne cherchons pas une grande quantité, deux-trois bouchées ingérées régulièrement suffisent, c'est donc la variété des aliments qui importe (Toomey & Ross, 2011). Les parents doivent être très précis quant à l'intitulé des aliments : recette, marque spécifique, parfum... Cet inventaire est ensuite repris lors du

bilan pour catégoriser, et préciser si besoin, les aliments tolérés par l'enfant. Nous pouvons notamment demander si certaines textures, couleurs ou températures sont plus ou moins acceptées. Le fait de répertorier les aliments dans six catégories nutritionnelles (fruits et légumes ; féculents, céréales et légumineuses ; protéines animales ; produits laitiers ; lipides/matières grasses ; aliments « bonus » / produits avec des sucres ajoutés) permet visuellement de repérer les disparités et déséquilibres alimentaires. Parmi ces aliments tolérés, il est conseillé de noter les aliments « copains », à savoir ceux que l'enfant apprécie vraiment et qui pourront être utiles en séance de désensibilisation pour stimuler et encourager l'enfant à franchir de nouvelles étapes.

Ensuite, la troisième partie concerne les **données sensorielles**. Des questions ciblées sur la sensorialité auront pour but d'en apprendre plus sur les réactions de l'enfant dans certaines situations quotidiennes en rapport aux sept sens. Idéalement, ces questions viennent en complément d'un profil sensoriel de type profil de Dunn, qui permet selon un étalonnage, de mesurer les spécificités de traitement de l'information sensorielle de l'enfant et d'évaluer l'impact sur ses performances dans la vie quotidienne. Ce profil peut être établi par un professionnel formé tel que l'ergothérapeute. Dans notre bilan orthophonique, voici la liste de questions que nous avons sélectionnées pour chaque sens :

- Tactile :
 - Réagit aux soins d'hygiène corporelle (gant sur le visage, brossage des dents, mouchage...)
 - Est gêné par certains vêtements (étiquettes, matières)
 - Réagit quand il a les mains sales
 - Réagit quand il touche certains aliments
 - Réagit quand il marche pieds nus dans le sable ou dans l'herbe
- Visuel :
 - Est dérangé par la lumière forte
 - Sélectionne certains aliments selon leur couleur
- Auditif :
 - Réagit aux bruits soudains
 - Ne réagit pas lorsqu'on l'appelle
 - Couvre ses oreilles avec ses mains
 - Semble gêné par les aliments croquants/croustillants
 - Semble gêné par le bruit des couverts
 - Comportement dans les lieux bruyants (cantine, restaurant...)

- Gustatif :
 - Sélectionne certains aliments selon leur texture, leur goût et/ou leur température
 - Refus / dégoût à certains goûts
- Olfactif :
 - Sélectionne certains aliments selon leur odeur
 - Refus / dégoût à certaines odeurs
- Vestibulaire :
 - Perd l'équilibre, tombe souvent
 - Se balance
 - Est en recherche de mouvement
- Proprioceptif :
 - Se déplace de manière figée, avec raideur, ses mouvements ne sont pas fluides
 - Aime être contenu
 - Est réceptif aux pressions franches sur le corps
 - A une mauvaise perception de sa force (presse trop fort les verres, fait tomber les objets, casse la mine du crayon, claque les portes)

Enfin, l'entretien doit permettre de mieux connaître l'histoire de l'enfant et de sa famille en contexte alimentaire et de balayer l'ensemble des signes cliniques prédictifs d'un TAP.

Enfin, un temps **d'observation et d'évaluation** est nécessaire. Tout d'abord, une observation globale et fonctionnelle sera réalisée sans apport alimentaire, ce que nous avons nommé « l'observation hors repas ». L'orthophoniste notera le tonus et la posture de l'enfant, sa motricité globale, si sa respiration est nasale ou buccale, l'aspect morphologique de la face, la position de la langue au repos, la tonicité des joues, lèvres, langue et voile, la présence de frein restrictif, l'état bucco-dentaire et des amygdales, la qualité de la déglutition salivaire et enfin les interactions entre l'enfant et ses parents et avec l'orthophoniste.

Ensuite, une situation d'alimentation sera mise en place afin de relever les compétences oro-motrices de l'enfant, ses comportements face aux aliments, son intérêt et son autonomie. En amont, l'orthophoniste demande aux parents d'apporter un aliment que l'enfant aime et un aliment qu'il aime moins, un aliment croquant et un aliment mou, pour comparer les réactions et compétences de l'enfant. Cette observation sera à compléter par un temps de repas filmé à la maison pour une analyse plus précise et écologique. Différents éléments seront à observer et noter comme : l'installation de l'enfant, sa posture, d'éventuels signes de fausses-routes (raclement, toux), la présence d'hyper-nauséux, la durée de la prise alimentaire, la mise en place de stratégies d'éviction et signes d'appréhension face à

l'aliment non apprécié (grimaces, dégoût, mouvement de recul, tâtonnement : sent, touche...), des signes d'hypersensibilité (tactiles, olfactives...). Outre les comportements à proprement parler de l'enfant, l'attitude des parents est à relever. En effet, leurs réactions peuvent être bénéfiques, comme des encouragements, un non-jugement, mais aussi délétères pour l'enfant, comme une sensation de pression ou de forçage. C'est sur ce point qu'il sera important d'accompagner les parents pour qu'ils trouvent leur place.

Pour finir, une évaluation clinique sera réalisée afin de déterminer les capacités de motricité bucco-linguo-faciale en notant les compétences oro-motrices avec les couverts et lors de la prise de liquide, la qualité des mouvements linguaux et de l'étanchéité labiale lorsque l'on place un morceau entre les molaires alternativement de chaque côté puis sur l'apex linguale, le rythme et la qualité de la mastication, la présence de déglutition secondaire et les éventuels signes de fatigue. Cette évaluation se termine par une exploration sensorielle de différentes textures (franches, sèches, humides, vibrantes...), odeurs, goûts, et sons pour évaluer les réactions aux sensations tactiles, olfactives, vibratoires, gustatives et auditives.

A l'issue de cet entretien, l'orthophoniste doit pouvoir établir un diagnostic ou émettre des hypothèses. En cas de doute, des investigations supplémentaires par d'autres examens peuvent être nécessaires pour confirmer ou infirmer la présence d'un trouble alimentaire pédiatrique. L'élaboration d'un profil sensoriel viendra notamment appuyer ce diagnostic et préciser une possible origine sensorielle.

Enfin, l'orthophoniste et l'ergothérapeute (ou tout autre professionnel investi dans la mise en place d'un atelier de groupe autour de l'alimentation), pourront juger si une prise en soins est nécessaire et si le profil de l'enfant est adapté à des séances en groupe ou individuelles.

Quoi qu'il en soit, l'orthophoniste doit pouvoir répondre aux besoins et attentes du patient et de ses parents ou les orienter. En fin d'entretien, des conseils et adaptations personnalisés sont donnés afin de faciliter le quotidien de chacun. Ceux-ci sont transmis oralement et repris dans une fiche récapitulative.

- **La trame des séances**

Nous avons réalisé une trame des séances afin de faciliter leur mise en place (*cf ANNEXE 2 – Trame des séances*). Ces séances doivent être progressives et adaptées aux difficultés des enfants et de l'objectif fixé en amont. Le déroulé est identique d'une séance à l'autre. Après avoir rappelé l'objectif de la séance, le thérapeute aura pour mémoire la chronologie des étapes vues dans le chapitre « méthode » : le temps moteur et oro-moteur et le lavage des mains, la présentation du podium (ou

étapes de la hiérarchie), la présentation des cinq aliments un à un, le calcul des scores (ou gains), l'étape de rangement et nettoyage, puis le défi à relever à la maison. L'unique différence entre chaque séance sera le choix des aliments et leur exploration. Nous avons donc conçu un tableau à compléter dans lequel sera inscrit l'aliment, ses propriétés nutritionnelles et physiques et des exemples de manipulation et de jeux à réaliser. Le choix des aliments est discuté par les thérapeutes, et les parents, en fonction des données relevées lors du bilan, des difficultés de chaque enfant et des objectifs fixés. Le tout devant concorder avec des aliments variés d'un point de vue de leur texture, couleur, catégorie nutritionnelle, goût et température. Nous estimons que la sélection de cinq aliments est raisonnable au vu des contraintes d'organisation, de temps et de la disponibilité des enfants lors des séances de groupe (malgré les recommandations de six à huit aliments, issues de l'approche SOS de Toomey). Parmi ces cinq aliments, il est conseillé d'introduire de nouveaux aliments mais aussi des aliments que l'enfant pourrait déjà tolérer (aliments « copains »). Cette attention et motivation supplémentaire est adaptée à une prise en soins individuelle, mais en groupe, il est difficile de cibler un voire deux aliments « copains » qui conviendraient à l'ensemble du groupe d'enfants. Nous n'avons donc pas opté pour cette option et ciblons l'intervention uniquement sur des aliments nouveaux. Néanmoins, si, au cours des douze séances, les enfants semblent avoir besoin d'un renforçateur alimentaire pour encourager et faciliter la désensibilisation, nous pouvons, dans la mesure du possible, introduire un aliment « copain ».

Finalement, le choix des aliments doit suivre une progression sur les douze semaines. Il est important, d'une séance à l'autre, de reposer certains aliments et que les parents réitèrent l'expérience à la maison pour les aliments ayant généré le gain d'une ou plusieurs marches sur l'escalier (outil qui reprend les six grandes étapes de la hiérarchie). Ainsi, l'enfant sera moins réticent face à l'aliment désormais connu et pourra progresser selon les étapes de la hiérarchie alimentaire. Nous proposons un exemple de progression (*cf ANNEXE 3 – Progression des séances*), basé sur la présentation de trois aliments nouveaux et deux aliments précédemment explorés pour chaque séance. Le choix des aliments connus doit se faire en fonction des résultats obtenus, du niveau de tolérance et de l'étape franchie par les enfants du groupe.

De plus, il est intéressant de faire varier les textures d'un même aliment. C'est pourquoi, nous conseillons, au travers des douze séances, d'introduire un aliment qui sera une fois cru, une fois cuit, en purée, en morceau, liquide, chaud, froid... Afin d'aider les thérapeutes dans le choix des aliments par séance, nous avons constitué un tableau contenant divers aliments classés selon leurs caractéristiques (*cf ANNEXE 4 – Classification des aliments*). Les praticiens peuvent alors facilement piocher des idées dans ce tableau.

Enfin, dans la trame des séances, un encart « matériel » permettra aux thérapeutes d'organiser au mieux chaque séance et de répertorier les ustensiles nécessaires pour faciliter la manipulation.

- **Les données durant l'intervention**

Au cours des séances de groupe, le thérapeute doit observer et relever précisément les réactions des enfants face à l'aliment au premier abord, leurs progressions des étapes pour chaque aliment et les éventuels comportements aversifs. Pour faciliter la cotation, nous avons choisi de créer un tableau complet sur une seule page (*cf ANNEXE 5 – Recueil des données par le thérapeute*). Celui-ci reprend les 32 étapes de progression alimentaire de Toomey et les cinq aliments présentés lors de la séance. Le praticien peut ainsi cocher l'étape franchie dans les trois premières secondes après la présentation de l'aliment et l'étape la plus élevée que l'enfant a pu atteindre pour chaque aliment.

Une partie libre est laissée pour noter les éventuelles remarques ou comportements aversifs observés.

Selon l'âge des enfants du groupe, une fiche de suivi personnelle peut leur être donnée pour que chacun la remplisse (*cf outils complémentaires et ANNEXE 9*).

- **Les données post-intervention**

A l'issue des douze semaines d'intervention, une progression est supposée être notable. Pour objectiver cela, un nouvel entretien orthophonique avec les parents et l'enfant est nécessaire. Il faut néanmoins laisser un temps d'adaptation et d'assimilation après l'intervention, et ainsi attendre une ou deux semaines. Ce temps d'échange est semblable à l'entretien initial à l'exception des éléments anamnestiques déjà connus et inchangés (*cf ANNEXE 6 – Bilan post-intervention*).

Certaines données seront à préciser lors de cet entretien. Sur le même principe que la fiche de bilan initial, nous avons réalisé une fiche à compléter directement, sur laquelle l'orthophoniste rappellera le type d'intervention mis en place (individuelle ou en groupe) et le nombre de séances réalisées. Ensuite, le thérapeute renseignera les progrès de l'enfant observés depuis les séances d'intervention, les adaptations instaurées au quotidien, les difficultés persistantes, si des modifications sensorielles sont notables depuis le bilan initial (désensibilisation ou au contraire exacerbation de certains sens), l'avis et ressenti de l'enfant vis-à-vis de son alimentation et les nouvelles attentes des parents et de leur enfant.

Comme lors du premier entretien, les parents doivent réaliser un nouvel inventaire alimentaire qui permettra de le comparer au précédent et d'observer l'évolution de manière quantitative (nombre

d'aliments tolérés) mais aussi qualitative (variété des aliments selon les catégories nutritionnelles). Le retour des parents vis-à-vis des conditions actuelles d'alimentation et de leur implication est primordial ; eux seuls peuvent évaluer le transfert à la maison. Les progrès observés en séance ne sont pas toujours généralisés au quotidien, d'où l'importance, entre chaque séance, de relever des défis à la maison.

Selon les progrès observés et les besoins de la famille, il sera décidé de poursuivre ou non la prise en soins.

Outils complémentaires

Pour mettre en place les ateliers, quelques outils supplémentaires sont nécessaires. Tout d'abord, le rituel de début de séance, ou préparation sensori-motrice, doit permettre à l'enfant de se mettre en mouvement et d'activer tous ses sens. Pour cela, les thérapeutes peuvent utiliser des cerceaux, des planches ou bacs sensoriels, des plots avec des barres, des balançoires, des planches à roulettes, un sac de frappe... tout ce qui peut mobiliser l'enfant (*cf figure 5*). Evidemment, cela demande beaucoup de matériel et de place, ce qui n'est pas toujours compatible avec la pratique en cabinet libéral. Chacun s'adaptera en fonction de ses moyens.



Figure 5 - Exemple de parcours sensoriel

Ensuite, il est intéressant d'afficher dans la salle d'activité le programme des séances. Nous en avons créé un exemple assez visuel avec des pictogrammes pour que chaque enfant puisse le comprendre, qu'il soit lecteur ou non (*cf ANNEXE 7 – Affiche étapes des séances*). Cette affiche reprend les étapes décrites précédemment : temps moteur, lavage des mains, retour des expériences précédentes, présentation des aliments et exploration, calcul des scores de chaque enfant, nettoyage, choix des défis

à relever à la maison. Cette affiche permet de structurer la séance et de recentrer chaque enfant sur les différentes étapes. Elle a également pour objectif de rassurer les enfants qui, à chaque séance, connaissent l'organisation générale.

Afin d'encourager les enfants dans leur progression des étapes d'alimentation, nous invitons les praticiens à utiliser un podium sous forme de marches d'escalier reprenant les six grandes étapes de la hiérarchie (cf *figure 6*). Pour les illustrer, des pictogrammes y sont accolés. Le visuel peut aussi se faire en deux dimensions sous forme de frise progressive (cf *ANNEXE 8 – Etapes pour manger*). A la fin de l'exploration de chaque aliment, les enfants pourront déplacer un personnage sur la marche correspondant à l'étape la plus élevée qu'ils aient atteinte. Par exemple, si l'enfant a pu lécher l'aliment sans aller au-delà, il positionnera son personnage sur la cinquième marche équivalant à l'étape « goûter ». Chaque marche correspond ainsi à un nombre de points qui seront inscrits et additionnés à la fin de la séance. Nous pensions au départ attribuer le nombre de points correspondant aux nombres de sous-étapes décrites par Toomey, à savoir, 5 points pour l'étape « tolérer », 9 points pour l'étape « interagir » [...], 31 points pour l'étape « goûter » et 32 points pour l'étape « manger ». La différence entre les deux dernières marches étant peu contrastée, alors que le passage de « goûter » à « manger » est important, nous avons opté pour des scores plus simples et différenciés comme suit :

- Tolérer = 5 points
- Interagir = 10 points
- Sentir = 15 points
- Toucher = 20 points
- Goûter = 25 points
- Manger = 30 points



Figure 6 - Podium des victoires représentant les six étapes de la hiérarchie alimentaire

En parallèle de ce podium ou si sa mise en place est trop contraignante, nous avons réalisé une fiche, dédiée aux enfants de plus de 7 ans (à adapter à leur niveau), qui leur permet d'inscrire pour chaque aliment le score obtenu et le score total par séance (cf *ANNEXE 9 – Tableau des scores pour l'enfant*). Cette fiche reprend visuellement l'escalier des six grandes étapes à franchir et les scores correspondant à chaque marche. L'enfant colorie la case en fonction du nombre de points obtenus pour chaque aliment et inscrit le score total des cinq aliments de la séance. Encore une fois, cela a pour objectif

d'encourager les enfants dans leur démarche de progression et d'être d'autant plus investis dans leur parcours.

L'utilisation d'un système de points peut parfois créer un esprit de compétition qui n'est pas toujours bénéfique et peut générer de la frustration. Pour pallier ceci, d'autres renforçateurs peuvent être utilisés comme le gain de gommettes de différentes couleurs, des tampons ludiques, un système de smiley ou simplement colorier les cases des étapes atteintes.

4. Discussion

Après le travail de création de cet outil, son expérimentation sur une période de douze semaines aurait permis d'évaluer son efficacité auprès d'un groupe d'enfants présentant un trouble alimentaire pédiatrique et d'intégration sensorielle. Dans la littérature, très peu d'études ont mis en évidence l'efficacité de l'approche SOS. Sans essai contrôlé randomisé, les preuves ne permettent pas de déterminer si l'approche est efficace (Freeman et al., 2015).

Selon la revue de littérature de Dow (2015), trois études de recherche ont examiné l'approche SOS. La première étude de Boyd (2007) portait sur 37 enfants âgés de 18 à 61 mois dont l'objectif était de déterminer si l'approche SOS de l'alimentation, après douze semaines d'intervention au sein d'un groupe, avait augmenté de manière significative le nombre d'aliments consommés pour chaque enfant. Les résultats ont montré qu'en moyenne les enfants ont augmenté leur nombre d'aliments de 41%. La deuxième étude de Creech (2006) portait sur 10 enfants âgés de 17 à 31 mois. Les résultats de l'étude ont montré une augmentation des comportements positifs au moment des repas et donc une augmentation des interactions avec leur nourriture et une diminution des comportements négatifs et aversifs. Enfin, la troisième étude de Benson, Parke, Gannon et Munoz (2013) portait sur 34 enfants âgés de 30 à 92 mois. Les résultats ont mis en évidence qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative liée à l'âge et que l'approche SOS était bénéfique pour les enfants atteints de troubles neurologiques. Le peu de recherches effectuées sur l'approche SOS a encouragé Dow à réaliser sa propre étude à partir d'un cas unique afin d'examiner comment l'approche SOS pourrait entraîner une augmentation de l'acceptation des aliments au quotidien. Les résultats, après huit semaines d'intervention auprès d'un enfant de 2 ans, ont révélé une augmentation de la variété des aliments et des textures, une amélioration de ses capacités oro-motrices et d'autonomie et une diminution des signes défensifs.

Les données sont donc pauvres et peu probantes mais restent néanmoins encourageantes. C'est pourquoi notre adaptation de cette approche nous paraît intéressante et mériterait d'être expérimentée. Faisant notre stage avec une orthophoniste travaillant à la MEEEX (Maison des Enfants Extraordinaires), à Sauve dans le Gard, une association regroupant un ensemble de professionnels libéraux, nous souhaitons évaluer l'efficacité de notre outil auprès d'un groupe d'enfants. En effet, au sein de cette association, de nombreux ateliers de groupe sont animés depuis plusieurs années. Depuis deux ans, un atelier « bien dans son assiette », spécifique aux enfants présentant des troubles alimentaires pédiatriques, est animé par une orthophoniste et une ergothérapeute. Nous aurions donc réitéré l'expérience en améliorant l'intervention par la mise en place d'une prise en soins d'au moins

douze semaines suivant le protocole créé selon l'approche SOS de l'alimentation. Les thérapeutes, dans cet atelier, utilisaient déjà une progression de l'alimentation en passant par les sens visuels, tactiles, olfactifs et enfin gustatifs. Nous aurions apporté, par la création de notre outil, une trame précise de recueil des données avec des étapes de l'alimentation plus étayées (32 étapes) permettant d'analyser exactement la progression des enfants. La prise en soins serait aussi plus intense avec l'utilisation de notre programme qui, au cours d'une séance, fait découvrir à l'enfant au moins cinq aliments différents. De plus, la création d'un podium (en deux ou trois dimensions) permet d'encourager les enfants dans leurs progrès et de créer un fil conducteur d'une séance à l'autre. Enfin, notre outil de prise en soins prend en compte plus spécifiquement les troubles du traitement sensoriel des patients par la mise en place d'un parcours sensoriel initial et par la hiérarchie des 32 étapes de l'alimentation présentée par le professeur Toomey.

A la question initialement posée, en quoi une intervention inspirée de l'approche SOS de l'alimentation est-elle efficace pour des enfants présentant un trouble alimentaire pédiatrique et d'intégration sensorielle, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Prendre en compte les difficultés sensorielles permettrait d'augmenter l'efficacité de la prise en soins des TAP
- La présentation par étapes sensorielles aurait un effet positif
- Un travail pluridisciplinaire par l'alliance orthophoniste/ergothérapeute serait bénéfique
- La prise en soins en groupe aurait un effet positif
- L'intervention permettrait d'accéder au plaisir partagé entre parents et enfants autour de l'alimentation

Plus spécifiquement, à l'issue d'une intervention de groupe de douze semaines, nous nous attendions à une efficacité de la prise en soins orthophonique et ergothérapeutique selon une approche inspirée du programme SOS de l'alimentation avec pour chaque enfant :

- Une augmentation du nombre d'aliments tolérés
- Une diminution des comportements aversifs et des signes défensifs
- Une augmentation de l'exploration des aliments nouveaux (sensibilité diminuée)
- Une augmentation de l'autonomie
- Une aisance à sortir de sa zone de confort et à oser goûter un nouvel aliment

La situation sanitaire étant fluctuante, nous avons tout de même eu l'opportunité de mettre en place deux séances avec trois enfants, du groupe de l'année 2019-2020, encore en demande de désensibilisation et d'augmentation de leur panel alimentaire.

L'atelier « bien dans son assiette » était composé de cinq enfants âgés de 7 à 11 ans. Parmi eux, trois enfants ont répondu à notre proposition d'atelier ponctuel. Le groupe était donc constitué d'une fille, C., 7 ans 11 mois et de deux garçons, A., 9 ans 10 mois et N. 9 ans 7 mois. Tous trois étaient donc suivis depuis mai 2019 à raison d'une séance de groupe par semaine, pour trouble alimentaire pédiatrique associé à un trouble d'intégration sensorielle et d'origine oro-motrice pour A. Au fil des séances, les enfants ont progressé dans leur approche avec l'alimentation et augmenté leur panel alimentaire. Néanmoins, des difficultés persistent encore dans la généralisation et le transfert à la maison. Les thérapeutes qui les suivent ont pu constater une certaine stagnation renforcée par cette année 2020, au cours de laquelle les séances ont été décalées et prématurément suspendues (séances d'octobre 2019 à mars 2020 avec interruption durant les vacances scolaires). C'est pourquoi, cette opportunité de réitérer l'expérience d'un atelier de groupe avec ces enfants nous a semblé pertinente.

Pour préparer ces deux séances expérimentales, nous avons étudié les données relevées lors des ateliers précédents. Nous avons analysé les dossiers des patients pour connaître leur profil, leurs difficultés, leurs attentes et leur évolution. Grâce aux inventaires alimentaires et aux données de chaque séance, nous avons pu sélectionner les aliments adaptés aux trois enfants.

Nous avons décidé, pour la première séance, de choisir trois aliments connus et expérimentés au cours des séances antérieures et deux aliments nouveaux. Cela permettait d'observer une première amélioration dans le temps et de mettre en confiance les enfants. Les aliments choisis étaient les suivants : raisin noir, compote de pomme, jus d'orange, radis et emmental. Le choix de ces cinq aliments s'est également fait pour varier au maximum leurs caractéristiques (texture, couleur et goût différents).

Pour la deuxième séance, nous avons choisi cinq aliments nouveaux en respectant toujours la variété des critères : noix de cajou, raisins secs, pâte d'amande colorée, carotte crue, lentilles vertes.

L'objectif des séances était d'amener chaque enfant à découvrir, manipuler par une exploration sensorielle, voire goûter de nouveaux aliments à travers le jeu mais aussi de les restimuler en retrouvant une émulation de groupe. Pour ce faire, nous avons en tête des exemples de jeux et manipulations pour chaque aliment, dont voici le détail dans le tableau suivant. Ces manipulations sont à titre indicatif, les enfants regorgent souvent d'une grande imagination et trouvent spontanément des idées.

Tableau 2 - Aliments sélectionnés pour les deux séances expérimentales et exemples d'explorations sensorielles

Aliments		Exemples de manipulations, d'explorations sensorielles
Séance 1		
1	Raisin noir	Couper en deux. Retirer les pépins Faire un bonhomme avec des cure-dents Mettre en bouche et cracher les pépins sur une cible
2	Compote de pomme	Peindre sa bouche (comme du rouge à lèvres ou stick pour protéger les lèvres du froid)
3	Jus d'orange	Faire des bulles avec une paille
4	Radis	Couper Faire un bonhomme avec des cure-dents
5	Emmental	Couper, râper Sculpter une forme (diamant, étoile, cœur...)
Séance 2		
1	Noix de cajou	Faire des fruits déguisés. Sculpter la pâte d'amande, décorer avec les fruits secs, cacher les fruits secs dans la pâte d'amande.
2	Raisins secs	
3	Pâte d'amande	
4	Carotte crue	Couper, râper Faire des bâtonnets et mimer que l'on joue de la flûte Faire des lamelles et s'en faire une moustache, du maquillage comme les Indiens
5	Lentilles vertes	Comparer les lentilles crues et cuites. Ecraser, rendre en purée

Nous nous étions fixé comme objectif de réaliser chaque séance en une heure d'intervention comprenant, le parcours sensoriel initial, le lavage des mains, l'explication des consignes (pour la première séance uniquement), la découverte des cinq aliments avec relevé des données par les thérapeutes et calcul des scores par les enfants, puis une étape finale de nettoyage et restitution.

Après ces deux séances d'expérimentation de l'outil créé, nous pouvons avoir un premier avis critique sur son utilisation, sa présentation et ainsi y apporter des modifications.

D'abord, nous avons constaté qu'il était important de planifier la séance pour une bonne gestion temporelle. Il faut veiller à ne pas manipuler, jouer avec un même aliment trop longtemps si les enfants ont atteint leur étape maximale de la hiérarchie alimentaire et enchaîner sur l'aliment suivant pour que tout se fasse en une heure. Le programme suivant permet, à titre indicatif, de quantifier au mieux les étapes de la séance :

- Parcours sensoriel et lavage des mains : 5 minutes
- Manipulation des aliments : 10 minutes par aliment (donc 50 minutes en tout)
- Rangement et instruction pour les défis à relever : 5 minutes

Pour optimiser ce temps, le nombre de patients par groupe doit être en accord avec le nombre de thérapeutes. En effet, lors de notre intervention auprès de trois enfants, nous étions trois adultes et nous nous sommes vite rendu-compte de l'énergie nécessaire pour garder l'attention des enfants, les stimuler pour atteindre les étapes de la hiérarchie alimentaire et recueillir les données pour chaque aliment. Pour faciliter la collecte des données par le praticien, il est possible de filmer la séance, avec accord parental, pour compléter la grille des étapes (*ANNEXE 5*). Néanmoins, le visionnage de chaque vidéo peut être chronophage. C'est pourquoi nous avons réalisé cet outil de recueil sous forme de tableau composé de cases à cocher pour optimiser le temps. Un gain de temps sera également notable à force de pratique. Les thérapeutes, après plusieurs séances d'utilisation de l'outil, gagneront du temps de remplissage de la grille qui leur sera plus familière. Au-delà du nombre de patients par groupe, il est important d'étudier au mieux les profils des patients selon leur caractère, leur âge et leurs besoins, pour créer une homogénéité et organiser la répartition des enfants à observer pour chaque thérapeute.

D'ailleurs, cette intervention de groupe ne correspond pas à tous les profils d'enfants. Parmi les trois patients, C. avait besoin de temps et de guidance pour progresser dans la découverte de l'aliment. Elle était néanmoins très motivée par le concept du podium qui la stimulait et l'encourageait à s'améliorer. C'est donc une patiente qui serait plus encline à une intervention individuelle basée sur le même principe. N. avait un tempérament difficile et perturbateur. Ses difficultés faisaient sentir en lui un mal-être qu'il exprimait par la fuite, le conflit et la colère. Cela rompait le rythme et l'émulation du groupe. Une fois canalisé et avec des règles préétablies, à la séance suivante, N. était un enfant stimulant pour le groupe. Enfin, A. était celui qui semblait le mieux correspondre à l'intervention collective. Il était très stimulé par l'effet de groupe, il voulait montrer l'exemple et faire comme les autres. Les défis et l'envie d'arriver en haut du podium étaient pour lui très stimulants. La difficulté pour cet enfant (selon les observations au long terme des interventions de l'atelier « bien dans son assiette ») était de reproduire à la maison ces mêmes efforts en gardant une bonne énergie, comme s'il n'avait plus rien à prouver dans son environnement familial.

Ces différents profils d'enfants nous montrent bien l'intérêt de confronter les données recueillies lors du bilan initial afin de déterminer, si oui ou non, l'effet de groupe serait stimulant pour l'enfant. Cette première expérimentation sur deux séances reste bien évidemment subjective. Il serait intéressant de voir sur le long terme le comportement des enfants les uns envers les autres et leur implication dans l'exercice de découverte alimentaire par le jeu.

La grille de recueil des données durant l'intervention nous a paru facile d'utilisation, précise et idéale pour juger l'évolution d'une séance à l'autre et à long terme. Nous pensons qu'à l'issue des douze

semaines d'intervention préconisées par le programme SOS de l'alimentation, ces fiches permettront de visualiser rapidement la progression des enfants et de comparer avec un éventuel transfert au quotidien.

Il nous a semblé intéressant de créer, dans ce même principe de progression à long terme, une fiche de suivi des scores ou étapes franchies à remplir par chaque enfant. Cela permettrait aux patients un meilleur investissement de leur part et une stimulation croissante. C'est pourquoi nous avons souhaité créer une fiche supplémentaire, à destination des enfants, représentant les étapes du podium et des cases à cocher/colorier selon l'étape maximale atteinte pour chaque aliment, ceci sur douze semaines. Cette fiche de suivi permet aux enfants de voir rapidement leurs progrès et de les encourager dans leur démarche (*ANNEXE 5*).

Finalement, l'expérimentation de notre outil sur deux séances de groupe nous a permis de mettre en évidence des points forts et points faibles de l'intervention.

Points faibles :

- Demande du temps et la disponibilité de plusieurs thérapeutes. La préparation, l'intervention et le rangement sont longs.
- Thérapie difficilement transposable en cabinet libéral simple. Nécessite une équipe pluridisciplinaire et de l'espace pour accueillir un groupe d'enfants.
- Rigueur des parents indispensable : s'il n'y a pas de suivi ni d'investissement à la maison l'amélioration souhaitée sera moindre voire inexistante dans le quotidien.
- Participation financière des parents s'il y a un ergothérapeute (professionnel non conventionné donc non remboursé par la sécurité sociale).
- Pas de transformation des aliments, les enfants ne créent pas un produit, ils manipulent un aliment déjà fini. Généralement les enfants sont fiers d'avoir confectionné une recette, ce qui peut les stimuler et les encourager à manger. Mais, en situation écologique, l'enfant cuisine peu et se retrouve souvent face à une assiette déjà prête, ou consomme des aliments bruts (fruits crus).
- Les enfants ont parfois besoin de temps pour passer à l'étape supérieure de la hiérarchie, même si la séance est planifiée.

Points forts :

- Thérapie qui semble efficace selon les études, avec amélioration du nombre d'aliments tolérés et une variété des textures.

- Prise en compte des particularités sensorielles de l'enfant, en lien étroit avec les TAP. La découverte en 32 étapes permet au thérapeute de suivre le rythme de l'enfant. Chaque palier franchi est une nouvelle victoire pour l'enfant.
- Emulation du groupe stimulant pour les enfants. Rend l'activité plus amusante.
- L'intervention de groupe a un intérêt pour créer un lien social entre les enfants et facilite les échanges entre les parents qui partagent la même problématique.
- Passe par le jeu, situation informelle, l'enfant n'est pas là pour partager un repas.
- La clarté de l'outil crée permet d'avoir une vision globale d'une séance à l'autre pour objectiver les progrès et pour organiser la séance suivante.
- Outil visuel qui est stimulant pour l'enfant car renvoie rapidement sa progression.
- Objective les liens entre les apports de la rééducation de l'ergothérapeute et celle de l'orthophoniste.
- Programme qui peut s'adapter en séance individuelle menée par une orthophoniste.
- Facilement reproductible à la maison si les parents assistent à la séance : peu de manipulations et de temps nécessaire pour découvrir un nouvel aliment étape par étape.

Perspectives envisagées :

Pour pallier certains des points faibles relevés, quelques perspectives sont à envisager.

Nous avons soulevé le fait que sans la rigueur des parents, les résultats seront amoindris. Il est donc nécessaire d'obtenir un engagement de leur part. Pour ce faire, les thérapeutes peuvent mettre en place une charte dans laquelle les parents reconnaissent leur investissement tout au long de l'intervention. Le système de défis à relever chaque semaine renforcera également cet engagement.

Une limite supplémentaire est également notable et à améliorer. Si l'on s'en tient uniquement aux séances hebdomadaires d'une heure, il reste peu de temps d'échange avec les parents. Or, les séances doivent être un « tremplin » pour améliorer la tolérance alimentaire de l'enfant, mais la majeure partie des progrès se font au domicile car, rappelons-le, nous mangeons trois à quatre fois par jour. Il serait alors judicieux de proposer régulièrement des rendez-vous intermédiaires avec les parents pour faire le point sur la situation, pour écouter leur demande et ajuster les conseils prodigués. Ce temps d'échange permettrait aux thérapeutes de rappeler aux parents leur rôle primordial au quotidien et de les soutenir dans cette démarche. Pour favoriser ce partenariat et la transposition au domicile, il serait également judicieux de proposer aux parents de participer aux séances d'intervention.

5. Conclusions et perspectives

Un enfant sur quatre à développement normal est affecté par un trouble alimentaire pédiatrique généralement d'origine multifactorielle (Senez, 2015). Ce nombre important nous a confortée dans notre choix de sujet d'étude à savoir la création d'un outil d'intervention pluridisciplinaire inspiré de l'approche SOS de l'alimentation. L'objectif de cette intervention est dans un premier temps d'augmenter la gamme des aliments tolérés par l'enfant tout en ayant du plaisir à manger. Dans un second temps, l'augmentation de la quantité d'aliments ingérés par l'enfant sera visée.

Pour vérifier son efficacité et la plausible atteinte des objectifs, nous souhaitons, à travers notre étude, évaluer l'utilisation de cette approche durant douze semaines. La crise sanitaire actuelle nous en ayant empêché, cette question reste encore en suspens et nous pouvons seulement nous fier aux quelques études scientifiques, peu probantes mais encourageantes vis-à-vis de la méthode SOS.

Cependant, après deux séances de groupe expérimentales, nous pouvons conclure à une utilisation pratique des fiches outil et un suivi clair des données relevées en séance par les thérapeutes. Les progrès des enfants, s'ils ont lieu, seront facilement notables à l'issue des douze séances. De plus, nous avons constaté un effet stimulant du groupe qui pousse les enfants à se surpasser et leur permet de créer un lien social. Des échanges entre les parents sont également enrichissants et facilités par cette situation de séances communes. Enfin, l'aspect ludique de cette approche est toujours très apprécié des enfants et permet de dédramatiser ces moments alimentaires, où, bien souvent, ils redoutent l'heure du repas, généralement source de conflits, et ont perdu tout plaisir.

Néanmoins, il est indéniable que la mise en place d'un tel atelier de groupe demande de l'investissement de la part de tous les protagonistes. Des contraintes d'organisation entre les praticiens et les patients, un engagement indispensable des parents sur du long terme et en dehors des séances, ainsi qu'un programme difficilement transposable en cabinet libéral simple sont notables. Toutefois, des solutions existent pour proposer cette intervention à tous les profils possibles. L'outil peut très bien s'adapter à des séances d'intervention en individuel au sein d'un cabinet d'orthophonie libéral.

La création de cet outil aura permis que chaque professionnel trouve sa place auprès de ces enfants au regard de sa fonction (orthophoniste ou ergothérapeute) et puisse croiser son intervention et interprétation pour les séances suivantes de façon structurée et organisée. Cet outil permet d'aider la coordination d'une pluridisciplinarité nécessaire à l'accompagnement de ces enfants. Afin d'enrichir les données scientifiques actuelles, cet outil mériterait d'être expérimenté sur l'ensemble des douze semaines du programme pour valider son efficacité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives De Pédiatrie, 11*, 603-605. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.03.040>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) DSM-5*.
- Babington, I. (2018). *L'enfant extra-ordinaire—Comprendre et accompagner les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant*. Eyrolles.
- Bandelier, E. (2014). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant : État des lieux et proposition de pistes de prise en charge à destination des orthophonistes libéraux [Mémoire d'orthophonie]*. Université Lille, Gabriel Decroix.
- Bandelier, E. (2015). *Les troubles des fonctions alimentaires chez le nourrisson et le jeune enfant—Pistes de prise en charge*. Ortho Edition.
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste, N° 39(1)*, 143-159. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>
- Benson, J. D., Parke, C. S., Gannon, C., & Muñoz, D. (2013). A Retrospective Analysis of the Sequential Oral Sensory Feeding Approach in Children with Feeding Difficulties. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 6*, 289-300. <https://doi.org/10.1080/19411243.2013.860758>
- Boudou, M., & Lecoufle, A. (2015). Les troubles de l'oralité alimentaire : Quand les sens s'en mêlent ! *Les entretiens de Bichat*, 1-8.
- Chatoor, I. (2009). Sensory food aversions in infants and toddlers. *Zero to Three, 29*, 44-49.
- Courrier, C., Lederlé, E., Brin-Henry, F., & Masy, V. (2018). *Dictionnaire d'orthophonie (4e éd.)*. Ortho Edition.
- Diraison, A. (2019). *Traitement sensoriel et oralité alimentaire : État des lieux des thérapies sensorielles en lien avec l'oralité alimentaire [Mémoire d'orthophonie]*. Université Lille, Gabriel Decroix.
- Dow, A. (2015). *Individual Case Study: The SOS Approach to Feeding [Occupational Therapy Program Student Theses, Dissertations and Capstones]*. Nova Southeastern University.

- Feillet, F., Bocquet, A., Briend, A., Chouraqui, J., Darmaun, D., Frelut, M.-L., et al. (2020). Risques nutritionnels des troubles d'alimentation sélective et/ou d'évitement (ARFID). *Perfectionnement en Pédiatrie*, 3. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2020.01.025>
- Fortin, C. (2018). *État des lieux de la rééducation des troubles de l'oralité alimentaire et de l'intégration sensorielle* [Mémoire d'orthophonie]. Université Lille, Gabriel Decroix.
- Freeman, H., Reedy, A., & Schallow, A. (2015). There is limited evidence supporting the use of the SOS approach to feeding with mixed results on the effectiveness to improve eating. *UWLAX*. <http://www.uwlax.edu/OT>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., et al. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Gosa, M. M., Dodrill, P., Lefton-Greif, M. A., & Silverman, A. (2020). A Multidisciplinary Approach to Pediatric Feeding Disorders: Roles of the Speech-Language Pathologist and Behavioral Psychologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2S), 956-966. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00069
- Jaen Guillaume, C. (2014). L'oralité troublée: Regard orthophonique. *Spirale*, N° 72(4), 25-38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Lane, S. J., Mailloux, Z., Schoen, S., Bundy, A., May-Benson, T. A., Parham, L. D., et al. (2019). Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®. *Brain Sciences*, 9(7). <https://doi.org/10.3390/brainsci9070153>
- Martin-Royer, A., & Cazenave, M.-F. (2014). Les observations repas et le groupe goûter. (Re)voir la vie avec appétit. *Contraste*, N° 39(1), 327-340.
- Micali, N., & Tombeur, E. (2019). ARFID - Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments: Caractéristiques cliniques. *Revue médicale Suisse*, 15. 394-397.
- Miller, L., Anzalone, M., Lane, S., Cermak, S., & Osten, B. (2007). Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 61, 135-140. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>

Ministère de la santé et des sports. (2008). *Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière—Monographie d’Ergothérapeute*. <https://doi.org/10.3917/ehesp.msscs.2010.01>

Peterson, K. M., Piazza, C. C., & Volkert, V. M. (2016). A comparison of a modified sequential oral sensory approach to an applied behavior-analytic approach in the treatment of food selectivity in children with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 49(3), 485-511. <https://doi.org/10.1002/jaba.332>

Ray-Kaesler, S., & Dufour, C. (2013). *Les concepts théoriques et l’approche thérapeutique d’Intégration Sensorielle*. <https://doi.org/10.13140/2.1.5159.2645>

Sassim-Duhard, N. (2013). *Impact d’une rééducation orthophonique médiatisée par le jeu sur le langage oral chez un enfant présentant une déficience dysharmonique* [Mémoire d’orthophonie]. Université Bordeaux Segalen - Bordeaux 2.

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

Thibault, C. (2015). L’oralité positive. *Dialogue*, n° 209(3), 35-48.

Toomey, K. A. (2002). Feeding Strategies for Older Infants and Toddlers. *Pediatric basics*.

Toomey, K. A., & Ross, E. S. (2011). SOS Approach to Feeding. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 20(3), 82-87. <https://doi.org/10.1044/sasd20.3.82>

Williams, K. E., Field, D. G., & Seiverling, L. (2010). Food refusal in children : A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 31(3), 625-633. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.01.001>

World Health Organization. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Bilan initial

ANNEXE 2 : Trame des séances

ANNEXE 3 : Progression des séances

ANNEXE 4 : Classification des aliments

ANNEXE 5 : Recueil des données par le thérapeute

ANNEXE 6 : Bilan post-intervention

ANNEXE 7 : Affiche étapes des séances

ANNEXE 8 : Etapes pour manger

ANNEXE 9 : Tableau des scores pour l'enfant

Bilan orthophonique des Troubles Alimentaires Pédiatriques

▪ Anamnèse

Date :

INFORMATIONS GÉNÉRALES		INFORMATIONS FAMILIALES	
Nom :	Prénom :	Fratrie : <input type="checkbox"/> frères :	
Date de naissance : .../.../.....	Age : Classe :	<input type="checkbox"/> sœurs :	
Médecin traitant et/ou prescripteur :		Place dans la fratrie :	
Affection / pathologie :		Lieu de vie de la famille :	
SANTÉ			
<u>Informations périnatales</u> :		Grossesse : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> pathologique <input type="checkbox"/> alitée (préciser))	
		Accouchement : A terme : oui / non (préciser))	
		<input type="checkbox"/> Voie basse <input type="checkbox"/> césarienne	
		Autres remarques :	
<u>Histoire médicale</u> :		Hospitalisations / interventions chirurgicales : oui / non (préciser	
	)	
Interlocuteur privilégié :		Allergies / intolérances alimentaires : oui / non (préciser	
.....	)	
.....		Qualité du transit :	
		Reflux gastro-œsophagiens : oui / non fréquence âge :	
		traitement :	
		Fausses-routes : oui / non fréquence	
		Douleurs / désagréments : oui / non (préciser	
	)	
		Examens effectués :	
		Traitements :	
		Suivis médicaux / paramédicaux : <input type="checkbox"/> passés :	
		<input type="checkbox"/> en cours :	
		Antécédents familiaux : oui / non (préciser))	
DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT			
<u>Psychomoteur</u> :		Marche (âge) : 4 pattes (âge) : Station assise : oui / non	
		Maintien de la tête : oui / non	
		Propreté de jour (âge) : De nuit (âge) :	
		Difficultés à signaler :	
<u>Langage et communication</u> :		1 ^{ers} mots (âge) : 1 ^{ères} phrases (âge) :	
		Difficultés à signaler :	
		Habilités sociales :	
<u>Sommeil</u> :		Qualité du sommeil :	
PLAINTES ET BESOINS			
Difficultés de l'enfant et date d'apparition :			
.....			
Plainte :			
Demande et attentes :			
.....			

ALIMENTATION	
<u>Développement alimentaire</u> :	Type d'alimentation : <input type="checkbox"/> sein <input type="checkbox"/> biberon <input type="checkbox"/> mixte (préciser) Sevrage (âge) : Succion nutritive (difficultés) : Succion non nutritive : <input type="checkbox"/> pouce <input type="checkbox"/> tétine <input type="checkbox"/> autre Diversification (âge) : Difficultés : Passage aux morceaux (âge) : Difficultés : Type d'alimentation actuelle :
Nombre de repas journaliers :	Durée moyenne d'un repas :
Alimentation en dehors des repas : oui / non (préciser)	Régularité des horaires : oui / non (préciser)
.....	
Contexte familial lors du repas :	
Comportement de l'enfant :	
Réflexe nauséux / vomissements : oui / non (préciser :)	
Différence entre les lieux : oui / non (préciser : maison, famille, cantine)	
Installation de l'enfant à table :	
Conditions environnementales lors des repas :	
Ustensiles utilisés :	
Autonomie de l'enfant : <input type="checkbox"/> mange seul <input type="checkbox"/> boit seul	
Stratégies environnementales et parentales employées lorsque l'enfant refuse de manger :	
.....	
.....	

▪ **Inventaire alimentaire** Réalisé au préalable par les parents

Catégorisation des aliments tolérés :

Catégories	Fruits & Légumes	Féculents / Céréales / Légumineuses	Protéines animales	Produits laitiers	Lipides (matières grasses)	Aliments bonus / produits avec sucres ajoutés
Aliments tolérés						

Aliments « copains » :

▪ **Données sensorielles** (en complément d'un profil sensoriel de Dunn ou Bogdashina)

SENSORIALITÉ	
<u>Tactile</u> :	Réagit aux soins d'hygiène corporelle : oui / non <input type="checkbox"/> gant sur le visage <input type="checkbox"/> brossage des dents <input type="checkbox"/> mouchage <input type="checkbox"/> autre Gêné par ses vêtements : oui / non <input type="checkbox"/> étiquette <input type="checkbox"/> matière Réagit quand il a les mains sales : oui / non Réagit quand il touche certains aliments : oui / non (préciser) Réagit quand il marche pieds nus : <input type="checkbox"/> dans le sable <input type="checkbox"/> dans l'herbe <input type="checkbox"/> autre
<i>Interprétation :</i>	
<u>Visuel</u> :	Dérangé par la lumière forte : oui / non Sélectivité alimentaire à certaines couleurs : oui / non (préciser
<i>Interprétation :</i>	
<u>Auditif</u> :	Réagit aux bruits soudains : oui / non Réagit lorsqu'on l'appelle : oui / non Couvre ses oreilles avec ses mains : oui / non Semble gêné par les aliments croquants/croustillants : oui / non Semble gêné par le bruit des couverts : oui / non Comportement dans les lieux bruyants (cantine, restaurant...) :
<i>Interprétation :</i>	
<u>Gustatif</u> :	Sélectivité alimentaire à : <input type="checkbox"/> textures <input type="checkbox"/> goûts <input type="checkbox"/> températures Refus / dégoût à certains goûts : oui / non
<i>Interprétation :</i>	
<u>Olfactif</u> :	Sélectivité à certaines odeurs : oui / non Refus / dégoût à certaines odeurs : oui / non
<i>Interprétation :</i>	
<u>Vestibulaire</u> : (mouvement)	Perd l'équilibre, tombe souvent : oui / non Est en recherche de mouvement : oui/non Se balance : oui / non (préciser contexte
<i>Interprétation :</i>	
<u>Proprioceptif</u> : (position du corps)	Déplacement figé, avec raideur : oui / non A une mauvaise perception de sa force : oui/non Réceptif aux pressions franches sur le corps : oui / non Aime être contenu : oui / non
<i>Interprétation :</i>	

Les interprétations sont à corrélérer avec les résultats du profil sensoriel s'il a été réalisé

▪ **Observation et évaluation :**

OBSERVATION HORS REPAS
Tonus et posture :
Motricité globale :
Aptitude respiratoire : <input type="checkbox"/> nasale <input type="checkbox"/> buccale
Aspects morphologiques de la face :
Position langue au repos :

Tonicité bucco-faciale :	joues	lèvres	langue	voile
Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques :				
Présence de frein restrictif : oui / non				
Etat bucco-dentaire : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> altéré				
Etat des amygdales : <input type="checkbox"/> normales <input type="checkbox"/> obstructives <input type="checkbox"/> retirées (ablation)				
Déglutition salivaire :				
Interactions enfant/parent et enfant/orthophoniste :				
.....				

OBSERVATION EN SITUATION D'ALIMENTATION

Compétences oro-motrices, comportements, intérêts, autonomie, comment s'y prend-il ?

Aliment apprécié :

.....

Aliment moins apprécié :

.....

Aliment croquant :

.....

Aliment mou :

.....

Evaluation / observation d'un temps de repas complet filmé :

ÉVALUATION CLINIQUE

Motricité bucco-linguo-faciale :

Compétences oro-motrices avec le couvert :

Compétences oro-motrices avec le liquide :

Qualité des mouvements linguaux et de l'étanchéité labiale :

Morceau entre les molaires alternativement de chaque côté :

Morceau sur l'apex linguale :

Rythme de la mastication : lent normal rapide

Qualité de la mastication : efficace inefficace

Présence de déglutition secondaire : oui / non

Fatigabilité : oui / non

Exploration sensorielle : Tactile :

.....

Olfactive :

.....

Vibratoire :

.....

Gustative :

.....

Auditive :

.....

.....

▪ Conclusion :

DIAGNOSTIC ORTHOPHONIQUE

PROJET THÉRAPEUTIQUE

Objectif à long terme :

Etapas de prise en soins :

CONSEILS AUX PARENTS / ADAPTATIONS AU QUOTIDIEN

Trame séances

Objectif :

.....

.....

Déroulement des séances :

1. Temps moteur et oro-moteur (5 min de gym) + lavage des mains :

.....

2. Présentation du podium des étapes à acquérir et du gain (*séance 1 seulement*)

3. Présentation aliment 1 (connu)

Placer l'aliment au centre de la table (ou devant chaque enfant). Laisser les enfants réagir sans incitation. Puis en fonction des réactions : verbaliser, découvrir, manipuler, jouer, couper, piquer, dessiner sur une feuille... avec l'aliment.

Adulte : noter l'étape atteinte dans les 3 premières secondes puis la plus élevée grâce à l'incitation, motivation, mise en confiance... (ANNEXE 5 - Recueil des données par le thérapeute)

Enfant : place son pion sur la marche du podium qu'il a atteinte et note le nombre de points obtenus, ou autre renforçateur, sur sa fiche (ANNEXE 9 - Tableau des scores pour l'enfant)

4. Présentation aliment 2 (connu)

5. Présentation aliment 3 (nouveau)

6. Présentation aliment 4 (nouveau)

7. Présentation aliment 5 (nouveau)

8. Points bonus : proposer à chaque enfant d'augmenter son score en choisissant un des aliments qu'il n'a pas réussi à manger (noter évolution)

9. Calcul des scores totaux

10. Ranger et nettoyer la salle

11. Définir le défi à réaliser dans la semaine à la maison

Choix des aliments

Aliment		Propriété	Exemples de manipulation
1		Catégorie : Texture : Couleur : Goût : Transformation :	
2		Catégorie : Texture : Couleur : Goût : Transformation :	
3		Catégorie : Texture : Couleur : Goût : Transformation :	
4		Catégorie : Texture : Couleur : Goût : Transformation :	
5		Catégorie : Texture : Couleur : Goût : Transformation :	

Matériel :

-

-

-

-

-

-

Progression des 12 semaines d'intervention : répétition des aliments

<i>Séances</i>	<i>Aliment A</i>	<i>Aliment B</i>	<i>Aliment C</i>	<i>Aliment D</i>	<i>Aliment E</i>
1	1	2	3	4	5
2	1	2	6	7	8
3	6	3	9	10	11
4	9	7	12	13	14
5	13	10	15	16	17
6	16	12	18	19	20
7	18	15	21	22	23
8	22	19	24	25	26
9	24	23	27	28	29
10	28	26	30	31	32
11	32	27	33	34	35
12	33	30	36	37	38

Ceci est un exemple, l'intérêt est de représenter deux aliments des séances précédentes et trois nouveaux pour chaque séance. Le choix des aliments connus doit se faire en fonction des résultats obtenus, du niveau de tolérance et de l'étape franchie par les enfants du groupe.

Les aliments selon leurs caractéristiques																				
Aliments	Catégories						Textures					Couleurs	Goûts				Cuisson/Température			
	Protéine	Féculent	Fruit	Légume	Produit laitier	Bonus	Dur croquant	Ferme	Mou	Mixé	Liquide		Sucré	Salé	Acide	Amer	Cuit	Cru	Froid	Chaud
Carotte crue				x			x					orange		x				x	x	
Soupe courge				x						x		orange		x			x			x
Jus de pomme			x							x		jaune	x						x	
Yaourt fraise					x				x			rose	x						x	
Fromage à tartiner (St Moret)					x				x			blanc		x					x	
Tranches de jambon/dinde	x							x				rose beige		x					x	
Pois chiches		x						x				beige		x			x		x	
Purée de carottes				x					x			orange		x			x			x
Orange			x					x				orange	x		x			x	x	
Abricots secs			x					x				orange	x						x	
Lentilles vertes		x						x				marron		x			x			x
Lentilles corail		x						x				orange		x			x			x
Crème chocolat						x			x			marron	x						x	
Tomate				x				x				rouge	x					x	x	
Chocolat						x	x					marron	x			x			x	
Confiture						x			x				x						x	
Raisin			x					x				jaune	x					x	x	
Compote pomme			x						x			jaune	x				x		x	
Jus d'orange			x							x		orange	x		x				x	
Emmenthal					x			x				beige		x						
Radis				x			x					rose						x	x	

Nom de l'enfant :

Séance n°

Date :

ÉTAPES	Aliment 1 :		Aliment 2 :		Aliment 3 :		Aliment 4 :		Aliment 5 :	
	Trois 1 ^{ères} sec	Etape max	Trois 1 ^{ères} sec	Etape max	Trois 1 ^{ères} sec	Etape max	Trois 1 ^{ères} sec	Etape max	Trois 1 ^{ères} sec	Etape max
TOLÉRER										
Est dans la même pièce										
Est à table alors que les aliments sont à l'autre extrémité de la table										
Est à table et les aliments sont à mi-chemin vers lui										
Est à table et les aliments sont presque devant lui										
Regarde directement les aliments devant lui										
INTERAGIR										
Assiste à la préparation et/ou mise en place des aliments										
Utilise ustensiles ou contenants pour remuer ou verser aliment/boisson pour d'autres										
Utilise ustensiles ou contenants pour remuer ou verser aliment/boisson à l'ext de son propre espace										
Utilise ustensiles ou contenants pour se servir										
SENTIR										
Odeur dans la pièce										
Odeur sur la table										
Odeur directement devant l'enfant										
Se penche ou prend l'aliment pour le sentir										
TOUCHER										
Bout d'un doigt										
Bout des doigts, pulpe des doigts										
Main complète										
Bras, épaule										
Poitrine, cou										
Haut de la tête										
Menton, joue										
Nez, sous le nez										
Lèvres										
Dents										
Pointe de langue, dessus de langue										
GOUTER										
Lèche ses lèvres ou dents										
Lèche avec la langue complète										
Croque des morceaux et les recrache										
Croque des morceaux, les garde « x » secondes dans sa bouche puis recrache										
Mord, mâche « x » fois et recrache										
Mâche et avale partiellement/recrache un peu										
Mâche et avale avec du liquide										
MANGER										
Mâche et avale de façon indépendante										

COMPORTEMENTS AVERSIFS ET REMARQUES :

Bilan post-intervention orthophonique des Troubles Alimentaires Pédiatriques

Date :

INTERVENTIONType d'intervention : individuelle groupe

Nombre de séances réalisées :

RETOUR DES PARENTS / ENFANT

Progrès observés :

Adaptations réalisées :

Difficultés persistantes :

Modifications sensorielles :

Avis de l'enfant :

Nouvelles attentes des parents et enfant :

- **Inventaire alimentaire** Réalisé au préalable par les parents

Catégorisation des aliments tolérés :

Catégories	Fruits & Légumes	Féculents / Céréales / Légumineuses	Protéines animales	Produits laitiers	Lipides (matières grasses)	Aliments bonus / produits avec sucres ajoutés
Aliments tolérés						

CONCLUSION

Poursuite de prise en soins : oui / non

Nouveaux objectifs :

CONSEILS AUX PARENTS / ADAPTATIONS AU QUOTIDIEN



1. Parcours et grimaces



3. Retour sur les expériences précédentes



2. Laver les mains



4. Explorer et manipuler les aliments



5. Calculer les scores selon l'étape franchie



6. Jeter et nettoyer



7. Défis à relever à la maison

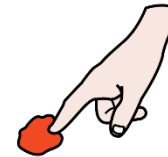
MANGER



GOÛTER



TOUCHER



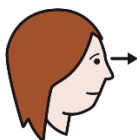
SENTIR



INTERAGIR









TOLÉRER









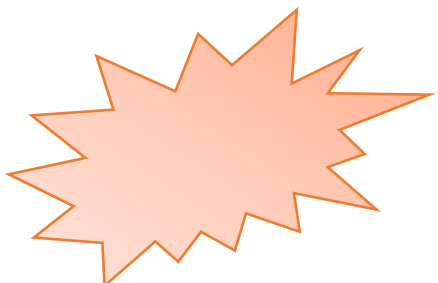
Nom et prénom :

MES SCORES

		TOLÉRER 					INTERAGIR 		SENTIR 		TOUCHER 		GOUTER 		MANGER 	
Aliments		5	10	15	20	25	30	TOTAL								
1																
2																
3																
4																
5																
6																

Nom et prénom :

		TOLÉRER 		INTERAGIR 			SENTIR 		TOUCHER 		GOUTER 		MANGER 	
Aliments		5	10	15	20	25	30	TOTAL						
7														
8														
9														
10														
11														
12														

TOTAL : 

RÉSUMÉ

Introduction : Pour certains enfants, les repas peuvent s'avérer laborieux, stressants voire inquiétants pour les parents. Dans ce cas, nous sommes loin de l'enfant capricieux ou difficile, mais l'on parle d'un véritable dysfonctionnement appelé trouble alimentaire pédiatrique (TAP). Ce trouble, diagnostiqué par un orthophoniste, sera précisé selon son origine syndromique, organique, motrice, sensorielle ou encore psycho-socio-comportementale. C'est sur la cause sensorielle, et plus spécifiquement la présence d'un TAP associé à un trouble du traitement de l'information sensorielle, que nous nous sommes concentrée.

Selon la littérature scientifique, certaines méthodes peinent à faire leurs preuves et laissent les thérapeutes en manque d'outil d'intervention. Une chose est sûre, une prise en soins pluridisciplinaire alliant orthophoniste et ergothérapeute, chacun spécialiste des TAP et des troubles de l'intégration sensorielle, paraît bénéfique.

Méthode : Le protocole *Sequential Oral Sensory (SOS) approach to feeding*, semble répondre à l'ensemble de nos contraintes. En effet, cette approche pluridisciplinaire, basée sur le jeu, propose une désensibilisation progressive selon des étapes hiérarchiques. L'objectif, par le biais d'ateliers de groupe organisés sur douze semaines, est la diversification du panel alimentaire et l'augmentation des volumes ingérés.

Résultats : En s'inspirant de cette approche, nous avons constitué un outil d'intervention comprenant des fiches pratiques à utiliser pour répondre aux besoins de ces familles.

Discussion / conclusion : Si l'efficacité de cet outil n'a pu être évaluée, après une expérimentation, il ressort des points forts tels que l'effet stimulant du groupe et l'aspect ludique de la désensibilisation par le jeu, ainsi qu'un suivi clair et objectif de la progression de l'enfant grâce au recueil de données détaillé. Cette approche reste néanmoins à confirmer par une étude complète de douze semaines.

Mots-clés :

Trouble Alimentaire Pédiatrique - Intégration sensorielle - Prise en soins - Orthophoniste - Ergothérapeute - Enfant - Sequential Oral Sensory (SOS) approach to feeding