



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



N° de mémoire 2424

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

BUCCI Emma

**Trouble du Spectre Autistique et Trouble Alimentaire Pédiatrique :
impacts d'un programme d'accompagnement parental sur les
difficultés alimentaires de l'enfant et le stress parental**

Etude de cas multiples

Mémoire dirigé par

**CHABROUD Agathe
MAGNARD Julie**

Membre du JURY

**BARD Caroline
GAMARD Charlotte**

Année académique

2023-2024

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION
DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. Jacques LUAUTÉ

Équipe de direction du département d'orthophonie

Directeur de formation
Solveig CHAPUIS

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Ségoène CHOPARD

Responsables de l'enseignement clinique

Johanne BOUQUAND
Anaïs BOURRELY
Ségoène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche

Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsables de la formation continue

Johanne BOUQUAND
Charline LAFONT

Responsable du pôle scolarité

Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Audran ARRAMBOURG
Danièle FEDERICI

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Mme BROCHIER Céline

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CR
M. HONNERAT Jérôme
Délégué de la Commission Recherche Secteur
Santé

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1 Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen
Pr. RODE Gilles

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Pr. DUSSART Claude

U.F.R. de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne
Pr. PAPAREL Philippe

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Pr LUAUTÉ Jacques

U.F.R. d'Odontologie
Pr. MAURIN Jean-Christophe

2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
1 Directeur M. ANDRIOLETTI Bruno

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. BODET Guillaume**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation (INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

Résumé

Les enfants ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) présentent couramment des Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP) qui se caractérisent par une importante sélectivité alimentaire et de nombreux comportements défis lors des repas. Les parents se retrouvent face à de nouveaux obstacles pour alimenter leur enfant ce qui peut entraîner un stress parental important. Cette situation est susceptible de mener à des conduites défavorables qui ont tendance à aggraver les difficultés alimentaires de l'enfant, mettant ainsi en péril la confiance des parents dans leurs compétences. Dans ce contexte, la thérapie indirecte semble d'un grand intérêt. L'objectif de cette étude est d'analyser les impacts d'un programme d'accompagnement parental orthophonique à domicile sur les difficultés alimentaires de l'enfant et le stress parental en suivant la méthodologie *Single Case Experimental Design* (SCED). Deux familles ont suivi un protocole de 10 sessions et ont répondu à des questions concernant le stress lié à l'alimentation chaque semaine durant trois phases : A1 sans intervention, B avec intervention, A2 sans intervention. De plus, ils ont répondu à des questionnaires à trois reprises concernant la diversité du panel alimentaire de leur enfant et les comportements défis lors des repas. Les résultats permettent d'affirmer un effet positif du protocole avec une baisse du stress parental lié à l'alimentation, une baisse de l'inquiétude parentale concernant les besoins nutritionnels de l'enfant, une augmentation du sentiment de compétence parentale et une augmentation de la diversité du panel alimentaire. En revanche, les résultats ne permettent pas d'affirmer l'effet de l'intervention sur la présence des comportements défis lors des repas. Cette étude montre la pertinence d'utiliser les programmes d'accompagnement parental en orthophonie dans le cadre des difficultés alimentaires des enfants avec TSA et met en évidence la nécessité de prendre en compte le parent dans le soin.

Mots-clés : Trouble du Spectre Autistique, Trouble Alimentaire Pédiatrique, programme d'accompagnement parental, stress parental, sélectivité alimentaire, comportements défis, compétence parentale, SCED

Abstract

Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) frequently present with Paediatric Eating Disorders (PDD), characterised by a high degree of food selectivity and numerous challenging behaviours at mealtimes. Parents encounter new challenges in feeding their child, which can lead to significant parental stress. This situation is likely to lead to unfavourable behaviours that tend to aggravate the child's eating difficulties, thereby jeopardising parents' confidence in their own skills. In this context, indirect therapy appears to be of great interest. The objective of this study is to analyse the impact of a home-based speech therapy parental support program on the child's eating difficulties and parental stress, utilising the *Single Case Experimental Design* (SCED) methodology. Two families participated in a 10-session protocol and responded to questions about feeding-related stress on a weekly basis over three phases : A1 without intervention, B with intervention, A2 without intervention. Furthermore, they completed questionnaires on three occasions concerning the diversity of their child's food panel and challenging behaviours at mealtimes. The results indicated a positive effect of the protocol, with a reduction in parental stress related to food, a reduction in parental concern about the child's nutritional needs, an increase in the feeling of parental competence and an increase in the diversity of the food panel. However, the results did not confirm the effect of the intervention on the presence of challenging behaviours at mealtimes. This study demonstrates the relevance of using parental support programs in speech therapy in the context of eating difficulties in ASD children and highlights the need to consider the parent in the care.

Keywords : Autism Spectrum Disorder, Pediatric Eating Disorder, parental support program, parental stress, food selectivity, challenging behaviours, parenting ability, SCED

Remerciements

Pour commencer, je tiens à remercier mes deux directrices de mémoire Agathe Chabroud et Julie Magnard, qui ont su m'accompagner durant ces deux années avec bienveillance, motivation et optimisme. Leur soutien a été précieux et très enrichissant sur bien des sujets.

Je tiens également à remercier Monsieur Chabanat pour son aide, ses réponses aux multiples questions et sa facilité à toujours trouver des solutions aux problèmes des étudiants. Je remercie aussi Louise et Clémentine pour leurs nombreux conseils et leurs relectures.

Je remercie également les deux familles qui ont suivi le programme proposé avec investissement et confiance.

Je tiens à remercier mes parents par qui je me sens si bien entourée, pour leur amour inconditionnel et leur soutien en toute circonstance. Vous m'avez poussée à faire ce qui me correspondait, en croyant en moi plus fort que je ne le pouvais et un simple merci ne suffirait pas. Vous êtes et resterez toujours le cocon de douceur dont j'ai besoin au quotidien. Merci à Julien et Kim pour m'avoir fait rire, notre complicité est précieuse pour moi. Je remercie toutes les personnes de ma famille qui suivent de près ou de loin mes études et l'avancée de ce mémoire. Sans vous tous je n'y serais pas arrivée de la même façon.

Je remercie également Dorian, qui a su m'écouter parler pendant des heures de ce mémoire, m'apaiser et accueillir les hauts et les bas de ces dernières années. Merci pour ton énergie positive et ta tendresse, la vie est plus douce à tes côtés.

Un merci à ma Mélodie, pour sa présence depuis de nombreuses années, sa positive attitude, ses petites attentions qui tombent toujours justes et son soutien dans tous mes projets. Merci également à Inès et Melyne pour tous ces moments de déconnexion, de découvertes et ces souvenirs plein la tête. Je pense également à Médarine, Coline et Marie, pour tous ces cafés partagés, ces repas sur les bancs de la fac, ces travaux de groupe dans la bonne humeur et je vous souhaite de vous épanouir dans votre vie qu'elle se poursuive au Canada, en Corse ou à Lyon !

Sommaire

I	Partie théorique	1
1	L'alimentation, un enjeu particulier chez les personnes avec un TSA	1
1.1	Une myriade de symptômes impactant le moment du repas	2
1.2	Le Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP)	3
1.3	Manifestations des TAP chez les enfants présentant un TSA : sélectivité alimentaire et comportements défis	4
2	Le stress parental, une répercussion au cœur des préoccupations.....	5
2.1	Les conséquences du TSA sur le spectre familial	5
2.2	L'alimentation, source de stress pour les familles avec un enfant ayant un TSA	6
2.2.1	Caractère symbolique du repas.....	6
2.2.2	Représentations familiales et stress dans le choix d'alimentation	6
2.2.3	Stratégies des parents et sentiment de compétence parentale.....	7
3	Intervention en thérapie indirecte pour soutenir les parents	8
3.1	Généralités concernant les thérapies indirectes	8
3.2	Les recommandations dans l'autisme	9
3.3	Exemples de programmes multidisciplinaires pour les TAP chez les enfants avec un TSA.....	9
4	Problématique et hypothèses.....	11
II	Méthode	11
1	Population.....	11
2	Matériel.....	12
2.1	Les mesures collectées.....	12
2.1.1	Les mesures répétées.....	12
2.1.2	Pré/Post-tests.....	13
2.2	L'intervention : protocole d'accompagnement parental.....	13
3	Procédure	14
3.1	Protocole SCED et critère de jugement.....	14
3.2	Les mesures pour le critère de jugement	15

3.3	Les tests secondaires	15
3.4	Démarches administratives	16
III	Résultats	16
1	Le critère de jugement	16
1.1	Mesures du stress parental lié à l'alimentation	17
1.2	Mesures de l'inquiétude concernant les besoins nutritionnels	18
1.3	Mesures du sentiment de compétence parentale	18
2	Evaluation pré et post-tests.....	19
2.1	Mesures de la diversité alimentaire	19
2.2	Mesures des comportements défis pendant les repas.....	21
2.3	Questionnaire de satisfaction	22
IV	Discussion	22
1	Analyse des résultats selon la littérature	22
1.1	Evolution du stress parental lié à l'alimentation (H1/H2/H3)	22
1.2	Evolution de la diversité alimentaire (H4)	25
1.3	Evolution des comportements défis (H5).....	26
2	Limites et biais de l'étude.....	27
2.1	Recrutement des participants.....	27
2.2	Les outils d'évaluation	28
2.3	Le programme.....	28
3	Perspectives de recherche et améliorations.....	29
4	Apports pour la pratique orthophonique	30
V	Conclusion	31
	Références.....	32
	Annexes	

I Partie théorique

Kerlan (2017, p. 99) a écrit : « Actuellement, la question de l'alimentation navigue entre tradition familiale et culturelle, injonction de santé, recherche du bien-être, questions écologiques, et partage de plaisir ». L'acte de manger ne se limite donc pas au fait de se restaurer et implique un grand nombre d'autres domaines comme celui de la famille. Lorsque des difficultés en lien avec l'alimentation sont présentes chez un enfant dès le plus jeune âge, des conséquences connues sur la sphère familiale vont apparaître puisque les parents sont désemparés et ne savent pas comment réagir face à ce défi (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2016). En effet, manger est un acte qui intervient plusieurs fois par jour occupant une place importante dans la vie des êtres humains (Kerlan, 2017). Les Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP) se caractérisent par le rejet partiel ou total de l'alimentation orale ayant pour conséquences une malnutrition ou une dénutrition ainsi que des répercussions somatiques (Guillerme, 2014). Ils sont beaucoup plus fréquents dans le cadre de certains troubles neurodéveloppementaux comme le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) (Luisier et al., 2019). Selon la Haute Autorité de Santé (Ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2021), le TSA concernerait environ 100 000 jeunes de moins de 20 ans et 600 000 adultes en France. La famille est souvent démunie et être parent d'un enfant avec un TSA ayant des difficultés alimentaires est source d'un stress parental majeur (Postorino et al., 2015). Dans le cadre d'une prise en soin orthophonique, le clinicien doit donc mener son projet thérapeutique en comprenant que derrière chaque enfant pris en soin, se trouve un environnement familial avec une histoire, des richesses et des vulnérabilités. La considération du milieu familial au sein des rééducations a permis l'évolution des pratiques vers les thérapies indirectes où les parents deviennent des agents thérapeutiques (Girolametto, 2000). On entend par thérapie indirecte, toute prise en soin où l'orthophoniste travaille auprès du patient par l'intermédiaire d'une tierce personne (Law et al., 2003). Ainsi, il est légitime de se demander, quelle place détiennent les thérapies indirectes d'accompagnement parental pour les familles avec un enfant ayant un TSA et un TAP ? La revue de littérature tentera de répondre à cette question puisqu'après avoir fait l'inventaire des difficultés en termes d'alimentation chez les enfants ayant un TSA, nous verrons dans quelles mesures elles ont un impact sur la sphère familiale. Ensuite, nous ferons un état des lieux des protocoles existants dans ce contexte-là et quels sont leurs effets. Dans un deuxième temps, la méthodologie de ce mémoire sera décrite et les résultats obtenus seront exposés et discutés afin de réfléchir à d'éventuelles perspectives de recherche. Enfin, les apports de cette étude pour la pratique orthophonique seront abordés.

1 L'alimentation, un enjeu particulier chez les personnes avec un TSA

Les difficultés alimentaires sont plus fréquentes chez les patients présentant un TSA que dans la population générale (Dominick et al., 2007; Luisier et al., 2019; Prudhon Havard et al., 2009). En effet, des comportements alimentaires atypiques semblent présents chez 80% voire 90%

des enfants avec TSA contre seulement 13 à 50% des enfants neurotypiques (Luisier et al., 2019). Nadon et al. (2011) ont d'ailleurs montré qu'au sein d'une famille, les jeunes avec un TSA présentaient un plus grand nombre de problèmes d'alimentation au quotidien que le reste de la fratrie ; le plus souvent un manque de variété alimentaire. Plusieurs spécificités liées au TSA peuvent expliquer la prévalence élevée de ces difficultés rencontrées lors des temps de repas (Prudhon, 2017).

1.1 Une myriade de symptômes impactant le moment du repas

Les difficultés sensorielles sont reconnues depuis peu en tant que symptôme clé pour le diagnostic du TSA: elles apparaissent seulement dans la cinquième version du Diagnostic and Statistical Manual (DSM) ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Stanciu & Delvenne, 2016) en tant que réaction d'hyper ou d'hypo sensibilité aux stimuli sensoriels (American Psychiatric Association, 2015). Pourtant, elles sont omniprésentes dans le quotidien de ces enfants (Prudhon Havard et al., 2009) et toucheraient entre 30 et 100% d'entre eux selon les études (Degenne-Richard et al., 2014). D'une part, l'aliment est un élément multimodal ayant besoin d'être traité par un ensemble de canaux sensoriels (Luisier et al., 2019). D'autre part, une personne qui mange est elle-même soumise à différentes stimulations sensorielles comme la lumière de la pièce, le bruit de la vaisselle, les odeurs des aliments, la matière des couverts ou bien encore la sensation de la nourriture sur le visage et sur les mains (Prudhon Havard et al., 2009). Dans le cadre de l'autisme, Tardif et Gepner (2019) parlent de « réactions sensorielles paradoxales » atypiques, qui peuvent se manifester par des sensibilités exacerbées au niveau tactile, visuel ou auditif mais également vestibulaire, gustatif, olfactif, proprioceptif et nociceptif (Damville & Meurin, 2023; Degenne-Richard et al., 2014; Stanciu & Delvenne, 2016). Ces troubles peuvent se manifester de plusieurs manières mais la plus courante est une hyper-réaction aux stimuli de faible intensité (Damville & Meurin, 2023). Ces particularités sensorielles alimentaires vont engendrer des réactions atypiques: une perception à l'extrême de certains détails, une tolérance moindre ou augmentée aux goûts, un réflexe nauséux à l'approche de certains aliments (Stanciu & Delvenne, 2016), des aliments gardés en bouche, des difficultés à accepter certaines consistances ou textures (Prudhon Havard et al., 2009).

L'enfant avec un TSA va donc adapter son comportement pour se protéger des stimulations agressives (Prudhon Havard et al., 2009). De ce fait, l'existence de problèmes comportementaux est mise en évidence tels que des conduites agressives et perturbatrices, comme des colères ou de l'automutilation venant impacter la vie sociale de l'enfant et de sa famille (Allen et al., 2022). Un des deux critères principaux de la dyade autistique est une altération de la communication et des interactions sociales (American Psychiatric Association, 2015). Or, dans la culture française, le repas est un moment convivial particulièrement important dans les échanges humains (Prudhon, 2017) avec une dimension sociale et affective

majeure (Luisier et al., 2019). Les déficits sont présents à plusieurs niveaux : de réciprocité sociale ou émotionnelle, des comportements non verbaux, du développement et du maintien de la compréhension des relations (American Psychiatric Association, 2015). Il pourra alors être compliqué pour un enfant avec TSA de faire des demandes, de participer aux conversations familiales et de désapprouver pendant ce temps du repas (Prudhon, 2017). Barthélémy (2020, p. 222) parle d'une « dyspraxie sociale » qui engendre d'autres symptômes cognitifs, comportementaux et socio-émotionnels. Au niveau cognitif, les personnes avec TSA ont des difficultés dans la planification et dans la flexibilité, fonctions exécutives pourtant indispensables lors des temps de repas car ce sont des moments extrêmement codifiés avec un rituel planifié qui inclut cependant des aléas (Prudhon, 2017). Les enfants avec TSA présentent également un manque de cohérence centrale, c'est-à-dire qu'ils n'arrivent pas à faire un tout avec ce qu'ils voient : il s'agit d'un traitement de l'information visuelle davantage local que global qui oriente l'attention sur les détails plutôt que sur l'ensemble (Stanciu & Delvenne, 2016). Cette perception va créer des représentations et interprétations erronées lors, par exemple, de la visualisation de l'assiette (Prudhon, 2017). En plus de toutes ces particularités, la littérature rapporte également que les enfants ayant un TSA rencontrent des difficultés motrices notamment au niveau de la posture, des praxies bucco-faciales, de la déglutition, de la mastication, du tonus, etc. (Prudhon, 2017). Des difficultés pour organiser leurs mouvements peuvent exister rendant approximative la coordination visuo-manuelle, l'anticipation des ajustements de la posture et la planification des mouvements (Damville & Meurin, 2023). Ces problèmes moteurs rendent la préhension des couverts, l'installation à table et l'anticipation complexes (Prudhon, 2017).

Les difficultés alimentaires des enfants avec un TSA font donc suite à toutes ces particularités (motrices, sensorielles, cognitives, langagières, comportementales). Certains auteurs ont clarifié les terminologies en parlant de Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP) (Godoy et al., 2019).

1.2 Le Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP)

Les difficultés lors de l'alimentation peuvent prendre des formes cliniques très variées (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016). Godoy et al. (2019) ont clarifié la terminologie internationale en donnant une définition et un nom aux difficultés alimentaires. Ils parlent du TAP pour nommer une altération de la prise orale non adaptée à l'âge de l'enfant qui est étroitement liée au système médical (respiration, système neurologique, anomalies oropharyngées ou laryngées...), nutritionnel (carence, déshydratation, malnutrition...), alimentaire (compétences motrices, compétences sensorielles...) et/ou psychosocial (vécu parental, santé mentale, anxiété...). Une déficience dans un domaine peut entraîner un dysfonctionnement dans un autre car ils sont tous en interaction. Pour poser le diagnostic de TAP, ces particularités doivent être présentes quotidiennement depuis au moins deux

semaines (Goday et al., 2019). Le TAP n'est pas la conséquence de déficits cognitifs relatifs aux troubles de la nutrition comme l'anorexie, d'un manque de réserves alimentaires ou de normes culturelles (Mottrie et al., 2022). Il est possible de retrouver des signes cliniques tôt dans l'enfance comme une introduction difficile des premiers aliments, des nausées et réflexes vomitifs importants, des temps de repas anormalement longs et une notion de non plaisir à l'alimentation (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016). L'origine des TAP est extrêmement variée et il existe souvent plusieurs causes : organique (comme une allergie, un syndrome génétique, une fente faciale), neurologique (comme des séquelles de la toxoplasmose, une insuffisance respiratoire à la naissance), psychogène (comme dans la dépression du nourrisson), traumatique (comme lors de nutrition artificielle) ou sensorielle (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016). Il est question de TAP aigu lorsque la durée du trouble se situe entre deux semaines à trois mois et de TAP chronique quand les symptômes dépassent les trois mois (Mottrie et al., 2022).

1.3 Manifestations des TAP chez les enfants présentant un TSA : sélectivité alimentaire et comportements défis

On retrouve principalement chez les personnes avec un TSA une grande sélectivité alimentaire (Dominick et al., 2007; Sharp et al., 2019). Le manque de variété et le refus de goûter de nouveaux aliments semblent être les difficultés les plus fréquentes pour les parents (Nadon et al., 2011; Tan et al., 2023). D'ailleurs, dans une étude, 52% des enfants avec TSA ont besoin d'avoir un repas différent du reste de la famille contre 16,7% de leurs frères et sœurs neurotypiques (Nadon et al., 2011). Cette particularité semble avoir un lourd impact sur la qualité de vie, sur la charge quotidienne des parents (Postorino et al., 2015), et sur les besoins nutritionnels de l'enfant (Bandini et al., 2017). Une étude longitudinale ayant examiné les changements concernant la sélectivité d'enfants avec TSA à leur 6,8 ans puis à leur 13,2 ans montre qu'ils restent très sélectifs sur le plan alimentaire même en grandissant (Bandini et al., 2017). Cependant, la fréquence des comportements problématiques a largement diminué et le refus alimentaire s'est atténué entre l'enquête de référence et le suivi : le nombre d'aliments refusés passe en moyenne de 51 à 33 (Bandini et al., 2017). Klintwall et ses collaborateurs (2011) établissent un lien entre cette sélectivité alimentaire et la présence d'un désordre sensoriel. En effet, les enfants avec un TSA présentant une sélectivité sont plus sensibles à des facteurs sensoriels concernant la texture, la couleur, la forme, l'odeur, le goût ou encore la marque de l'emballage (Postorino et al., 2015; Tan et al., 2023). Dominick et al. (2007) montrent que les facteurs les plus courants de préférence des aliments selon les parents chez les enfants avec TSA sont basés sur la texture (30%), le goût (16%) et la couleur (14%).

De plus, le fonctionnement cognitif des personnes ayant un TSA engendre une rigidité et un manque de flexibilité qui pourraient expliquer certains comportements et réactions

disproportionnés, par exemple, lorsqu'un aliment est présenté dans un emballage différent ou sous une forme inhabituelle (Prudhon, 2017). Il existe un grand nombre de terminologies dans la littérature qui sont toutes synonymes, comme les comportements agressifs, les comportements perturbateurs, les comportements problèmes ou encore les comportements défis (ANESM, 2017). Ce dernier terme semble être le plus approprié car il fait référence aux travaux anglophones et à la dénomination « *challenging behaviour* » (ANESM, 2017). Ces comportements se définissent par leurs manifestations, leur fréquence, leur durée, leur intensité, leurs conséquences et répercussions (qualité de vie, santé, réseau social des familles, risque de blessures pour les professionnels...) (ANESM, 2017). Une étude a montré qu'un groupe avec des enfants ayant un TSA a présenté un plus grand nombre de problèmes comportementaux pendant les repas par rapport aux enfants neurotypiques (Malhi et al., 2021). Les chercheurs ont pu recenser des comportements perturbateurs comme des cris, des pleurs, une fermeture de la bouche lors de la présentation de l'aliment, des comportements agressifs, le détournement du visage ou du corps lors de l'approche de la nourriture. L'étude de Nadon et al. (2011) vient corroborer ce sujet car les enfants du groupe TSA ont manifesté davantage de comportements défis lors des repas que leurs frères et sœurs neurotypiques. Toutes ces particularités liées au TSA entraînent des répercussions sur la vie de l'enfant mais aussi sur sa sphère familiale, ne laissant plus de temps personnel à l'aidant qui se transforme en thérapeute à domicile et développe une grande culpabilité dans son rôle parental (Gardou, 2015).

2 Le stress parental, une répercussion au cœur des préoccupations

Devenir parents est aujourd'hui un véritable défi, représentant de nouvelles épreuves à gérer tandis que d'autres aspects de la vie tels que le travail ou le couple sont déjà une source de stress (Delefosse, 2018). Scientifiquement, le stress se définit comme « l'ensemble des modifications biopsychologiques qui émergent à chaque fois que l'individu a l'impression que ses ressources (temps, capacités...) sont insuffisantes pour faire face aux demandes de l'environnement » (Mikolajczak, 2015, p. 14). En effet, un déséquilibre entre les sources de stress et les ressources peut mener au burn-out parental dont le stade final serait l'épuisement (Delefosse, 2018).

2.1 Les conséquences du TSA sur le spectre familial

L'annonce du diagnostic est vécue comme un bouleversement familial difficilement intégrable (Dormoy, 2018). Les nombreux comportements atypiques de l'enfant avec un TSA peuvent remettre en cause les capacités du parent à le calmer, à le rassurer et à répondre à ses besoins (Dormoy, 2018). Dans une famille avec un enfant ayant un TSA, on remarque que le stress parental est significativement plus élevé que chez les parents d'enfant neurotypique (Giovagnoli et al., 2015; Zablotsky et al., 2013). Les enfants avec un TSA ont 7,7 fois plus de possibilité d'avoir une mère qui déclare avoir un niveau de stress élevé par rapport aux enfants

avec un développement typique, en prenant en compte les caractéristiques de la mère, de l'enfant et de la famille (Zablotsky et al., 2013). Également, beaucoup plus de mères ont tendance à développer des symptômes dépressifs (33% des mères de l'étude) par rapport aux pères (17% des pères de l'étude) (Davis & Carter, 2008). Les comportements inappropriés chez les enfants avec un TSA, souvent mal interprétés par la société et suscitant un jugement, sont associés au stress chez les pères. (Davis & Carter, 2008). Plusieurs études illustrent ces propos et montrent que le stress parental est positivement corrélé aux problèmes de comportement de l'enfant avec un TSA (Giovagnoli et al., 2015; Hatta et al., 2019; Miranda et al., 2019). Pour les mères, le stress est aussi lié aux problèmes d'autorégulation de l'enfant comme les émotions, le sommeil mais aussi l'alimentation (Davis & Carter, 2008).

2.2 L'alimentation, source de stress pour les familles avec un enfant ayant un TSA

Postorino et al. (2015) ont montré que les parents d'un enfant avec un TSA ayant une sélectivité alimentaire importante ont développé significativement plus de stress et ont perçu plus de problèmes de comportement chez leur enfant, que les parents d'enfants avec TSA qui n'étaient pas sélectifs sur le plan alimentaire.

2.2.1 Caractère symbolique du repas

A l'origine, l'alimentation constitue un moment chargé d'émotions et elle porte une forte signification symbolique dans la relation mère-enfant (Couly, 2017). En effet, le lien avec la mère est l'un des facteurs qui joue le rôle le plus important dans l'apprentissage des acquisitions alimentaires (Birlouez, 1998). Des contraintes lors du repas peuvent empêcher la création de moments d'échange et de communication entre la mère et son bébé, qui sont souvent des instants privilégiés (Denni-Krichel, 2003). Pour les mères, une bonne alimentation est synonyme de bonne santé (Birlouez, 1998) et le repas est considéré comme une priorité (Tan et al., 2023). Ainsi, Rochedy (2018, p. 8) parle de la gestion du « care alimentaire », c'est-à-dire la capacité des parents à prendre soin de leur enfant. Pour ce faire, les mères ont tendance à limiter leurs activités professionnelles, sociales et personnelles, à assumer le rôle de soignante et à s'oublier elles-mêmes (Rochedy, 2018).

2.2.2 Représentations familiales et stress dans le choix d'alimentation

Les mères sont inquiètes de devoir choisir entre fournir une alimentation qui apporte suffisamment de calories à leur enfant ayant un TSA et augmenter la diversité alimentaire en prenant le risque de restreindre le repas (Burkett et al., 2022). Elles ressentent une grande culpabilité au quotidien du fait de donner à leur enfant des aliments malsains pour qu'il accepte de manger (Burkett et al., 2022). En effet, c'est un vrai défi de proposer des repas équilibrés et nutritifs pour ne pas augmenter les carences en nutriments (Tan et al., 2023). Les parents font des efforts démesurés pour que leur enfant ait des comportements alimentaires adaptés dans le but principal d'obtenir un apport nutritionnel meilleur (Tan et al., 2023). La nutrition est

le phénomène qui permet au corps d'absorber et d'utiliser les aliments, ce qui est indispensable à l'être humain pour vivre (De Leener et al., 2023). Les enfants autistes avec des particularités sensorielles ont souvent des carences nutritionnelles notamment en vitamines, en minéraux, en fer et en calcium pouvant entraver la croissance à long terme (De Leener et al., 2023; Prudhon Havard et al., 2009). Suarez et Crinion (2015) montrent que les enfants avec un TSA sélectifs sur le plan alimentaire, c'est-à-dire ayant une consommation de moins de 20 aliments durant le dernier mois, ont une alimentation qui comporte en proportion moins de fruits et légumes que ceux sans sélectivité. Cependant, la notion d'alimentation équilibrée dépend de la définition qu'en ont les parents, elle n'est pas la même dans toutes les familles (Tan et al., 2023). Les parents transmettent à leur enfant des valeurs issues de leur propre représentation de l'alimentation (Kerlan, 2017). D'ailleurs, l'alimentation n'est pas qu'une question de traditions familiales mais également d'appartenance culturelle, anthropologique et sociologique : les choix d'alimentation sont marqués par l'éducation, la rencontre avec d'autres cultures, l'influence des médias, le maintien des traditions et la vision de la santé (Kerlan, 2017). D'autres critères importants viennent modifier les choix alimentaires des familles comme le budget disponible, le temps alloué au repas et à leur préparation (Lambert & Poulain, 2002).

2.2.3 Stratégies des parents et sentiment de compétence parentale

Les parents vont développer des stratégies d'adaptation environnementales, comportementales ou alimentaires pour faire face aux difficultés liées au TAP (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2016). En effet, on parle de l'ensemble des efforts déployés par les parents au niveau comportemental ou cognitif pour réduire leur niveau de stress et tendre vers un fonctionnement familial équilibré (Miranda et al., 2019). Pourtant, l'association d'une mauvaise santé mentale et d'un stress élevé chez les mères avec un enfant TSA, a un impact sur leur capacité d'adaptation pour faire face aux difficultés (Zablotsky et al., 2013). Dans l'incertitude et l'incompréhension des difficultés alimentaires, les parents se retrouvent désemparés et tombent ainsi dans un cercle vicieux de comportements inefficaces voire néfastes (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2016). On parle principalement du forçage alimentaire, qui a un caractère défavorable sur l'enfant : il risque de se renfermer et d'être dans le refus à chaque repas (Senez, 2010). Le refus alimentaire est vécu comme une forme de blessure narcissique par le parent qui remet en cause ses compétences parentales (Cascales & Olives, 2016). On parle du sentiment de compétence parentale, qui se définit par la perception qu'ont les parents de leur efficacité pour améliorer et influencer positivement le comportement de leur enfant (Bernadat & Wendland, 2021). Dans une enquête réalisée auprès des mères d'enfants neurotypiques, celles ayant les taux plus élevés de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction dans leur rôle parental ont également montré une meilleure utilisation des pratiques parentales alimentaires positives à la santé de leur enfant comme l'encouragement

et la modélisation (Holley & Haycraft, 2022). Ce sentiment prend une place importante dans le maintien d'une bonne qualité de vie familiale (Hatta et al., 2019). D'ailleurs, une étude a montré que la qualité de vie de la mère d'enfant avec un TSA était en lien avec ce sentiment de compétence parentale : moins la mère ressent un sentiment de bien-être, moins elle va avoir l'impression d'avoir de bonnes compétences dans l'éducation de son enfant (Hatta et al., 2019). Le manque de compétences et de connaissances des parents est synonyme d'un niveau de stress élevé dans les familles avec un enfant ayant un TSA (Hermaszewska & Sin, 2021). Les cliniciens peuvent donc tenter d'améliorer ce point précis : permettre aux parents d'augmenter la reconnaissance de leur confiance en eux, afin d'obtenir un meilleur contrôle dans leur décision concernant la santé de leur enfant (Houzelle et al., 2013). Dans la littérature, ce principe est appelé l'empowerment, il permet de renforcer l'estime de soi, le sens critique et les capacités pour prendre les bonnes décisions (Houzelle et al., 2013). Selon une étude chinoise, favoriser l'efficacité parentale chez les aidants permet de réduire le stress causé par le dérèglement familial lié à l'autisme (Kishimoto et al., 2023). Par ailleurs, chez les pères, la forte croyance en soi et en leurs capacités à contrôler les situations difficiles peut être un paramètre de résistance au stress lorsque des comportements problèmes surviennent chez leur enfant ayant un TSA (Strauss et al., 2024).

Au vu de la prévalence des TAP chez les enfants avec un TSA, de leur manifestation au quotidien et de leurs impacts sur les familles, les thérapies indirectes semblent être un compromis approprié pour éviter la mise en place de conduites aggravantes de la part des parents, pour augmenter leur auto-efficacité, pour réduire le stress parental et pour améliorer la qualité de vie familiale. En effet, d'après l'OMS, l'alimentation fait actuellement partie des déterminants fondamentaux de la santé (Houzelle et al., 2013) et pour Henderson (1994), manger et boire sont les deuxièmes besoins vitaux de l'humain après la respiration (citée par Prudhon, 2017). Il semble alors primordial de prendre en charge ces troubles chez les patients présentant un TSA de la manière la plus précise et la plus rapide possible en incluant les parents. En effet, selon les parents d'une étude qualitative semi-structurée, un soutien informationnel leur permettrait probablement de prendre confiance en eux, donc d'augmenter leur sentiment de compétence parentale et de se sentir préparer aux éventuels obstacles avec leur enfant ayant un TSA (Tan et al., 2023).

3 Intervention en thérapie indirecte pour soutenir les parents

3.1 Généralités concernant les thérapies indirectes

Les thérapies indirectes n'ont cessé d'évoluer ces dernières années. Ces méthodes sont encore nouvelles et peu généralisées dans la pratique orthophonique car on note que dans 23,3% des cas les aidants ne sont jamais inclus dans le soin orthophonique (Werba & Lamartiniere, 2021). Ces interventions sont complémentaires des moyens directs et s'appuient sur les partenaires de vie de l'enfant (Witko, 2013). Contrairement aux thérapies directes qui

se concentrent sur le soin individuel de l'enfant par l'intermédiaire d'un clinicien, les thérapies indirectes vont permettre de créer un environnement optimal pour l'enfant en s'appuyant sur une approche où le parent devient partenaire (Law et al., 2003). Il est juste de dire que les thérapies directes vont du clinicien au patient et les indirectes du clinicien à l'aidant (Baxendale & Hesketh, 2003). Elles ont pour but de mettre en place des stimulations adaptées et régulières pour l'enfant, d'outiller les parents, d'ajuster leurs comportements et leurs attentes, de leur rendre leur place privilégiée, de les aider à faire « le deuil de l'enfant parfait », et enfin d'accompagner la parentalité en augmentant leurs compétences parentales (De Place, 2018). Le projet est de transmettre un savoir-faire (Antheunis et al., 2007) tout en étant en collaboration avec la famille pour pouvoir adapter le contenu du programme à leurs possibilités d'action (Monfort & Jùarez Sanchez, 2000). Dans la littérature actuelle, un large panel de terminologies existe classant les thérapies indirectes selon le degré d'implication des parents. Périchon & Gonnot (2021) ont proposé une nouvelle classification faisant consensus en s'appuyant sur les propositions d'autres auteurs : ils parlent d'un continuum allant de la guidance (transfert de connaissances, de conseils aux proches), à l'accompagnement (incitation des parents à reproduire des techniques vues avec le clinicien) et au partenariat (collaboration professionnel-parents).

3.2 Les recommandations dans l'autisme

La famille représente une des meilleures structures médiatrices en matière de santé (Hancock & Perkins, 1985). Il semble primordial d'inclure la guidance des familles dans les prises en soin des enfants avec un TSA selon les recommandations de la HAS, la littérature internationale et la stratégie nationale concernant l'autisme au sein des troubles neurodéveloppementaux 2018/2022 (Bali et al., 2022). Dans les recommandations de bonne pratique concernant l'autisme, il est fortement conseillé, au vu des preuves scientifiques recueillies, d'impliquer les parents dans les approches globales (HAS, 2012). Comme le disent Brown et al. en 2010, il faut « donner aux parents des ressources adaptées leur permettant de faire face aux exigences qu'implique le TSA » (cités par Bali et al., 2022, p. 197).

Il existe un certain nombre de programmes utilisant la thérapie indirecte ayant fait leurs preuves pour les enfants avec TSA : P-ESDM (Early Start Denver Model médié par le parent) (Rogers et al., 2012) ou PACT (Pediatric Autism Communication Therapy) (Green et al., 2010). Cependant, il semblerait que peu de programmes indirects orthophoniques destinés aux difficultés alimentaires chez les enfants ayant un TSA existent et soient utilisés couramment en France.

3.3 Exemples de programmes multidisciplinaires pour les TAP chez les enfants avec un TSA

Le programme EAT UP (Easing Anxiety Together with Understanding and Perseverance ou en français, soulager l'anxiété avec compréhension et persévérance) a été mis en place par

des chercheurs formés en ergothérapie, orthophonie, analyse comportementale et éducation spécialisée. Le but est d'augmenter l'acceptation des aliments à la maison et de diminuer les comportements défis grâce à une intervention à domicile chez trois garçons diagnostiqués d'un TSA (Cosbey & Muldoon, 2017) : il s'effectue entièrement en milieu écologique avec un programme personnalisé composé d'une phase de coaching et d'une phase avec plus d'indépendance comprenant des supports visuels, des conseils sur la mise en place d'une communication efficace, l'adaptation de l'environnement physique, l'utilisation des renforcements positifs etc. Les résultats montrent que les enfants de l'étude acceptent un nombre plus élevé d'aliments (en moyenne 14 aliments en plus) et ont moins de comportements problèmes lors du repas. De plus, les trois familles indiquent ressentir moins de frustration et d'anxiété pendant les repas après l'intervention (Cosbey & Muldoon, 2017).

Aux Etats-Unis, l'essai clinique randomisé de Johnson et al. (2019) propose un programme individuel de formation comportementale et diététique aux parents d'enfant avec un TSA axé sur la sélectivité alimentaire, le refus alimentaire et les comportements problèmes. Les thérapeutes proposant le programme sont surtout des psychologues et des analystes comportementaux. Les résultats montrent une réduction significative du score des comportements perturbateurs autistiques et les parents sont particulièrement satisfaits (94% des parents recommandent l'intervention aux autres et se sentent prêt à faire face aux difficultés alimentaires de leur enfant). Ce traitement est constitué de 11 séances individuelles de 60-90 minutes où plusieurs thèmes sont abordés : les fonctions des comportements lors du repas, la notion de séquence à haute probabilité de compliance, les renforcements et le modelage. Les parents ont terminé le programme en se sentant plus confiants dans leur capacité à gérer les problèmes d'alimentation de leur enfant (Johnson et al., 2019).

Une autre étude a été mise en place chez des enfants avec TSA âgés de 7 à 12 ans qui consiste à donner des cours aux familles concernant la nutrition, l'activité physique et l'établissement d'objectifs (Manzanarez et al., 2021). Les parents ont pu bénéficier de conseils pour surmonter les obstacles dans leur quotidien et pour proposer une alimentation saine à leur enfant durant 6 séances de groupe incluant parents et enfants. A la fin de l'essai, les parents ont déclaré que leur enfant était moins réfractaire à essayer de nouveaux aliments augmentant ainsi leur panel alimentaire notamment au niveau des aliments colorés et des fruits et légumes. Cependant, les familles expriment le besoin de rajouter aux cours théoriques présents, un soutien pour apprendre à mettre en œuvre les nouvelles stratégies en dehors des séances hebdomadaires (Manzanarez et al., 2021).

Enfin, aux Etats-Unis, un essai clinique randomisé compare le MEAL plan (Managing Eating Aversions and Limited variety ou gérer les aversions alimentaires et la variété limitée) à une simple éducation des parents concernant l'autisme (Sharp et al., 2019). Le MEAL plan est un programme indirect multidisciplinaire (avec notamment des psychologues et des diététiciens)

pour les parents d'enfants avec TSA ayant une sélectivité alimentaire modérée. Il comprend une éducation nutritionnelle des parents (structuration du repas, planification nutritionnelle...) ainsi qu'un apprentissage de stratégies (introduire un aliment, modifier les interactions...) sur 16 semaines dans un format de groupe comprenant 10 sessions de 90 minutes. Les résultats préliminaires suggèrent une baisse significative des comportements perturbateurs autistiques à l'heure des repas par rapport au groupe d'éducation des parents. Les grammes consommés par l'enfant augmentent dans le groupe MEAL plan. De plus, les familles font également part d'une grande satisfaction concernant ce programme car elles affirment que le traitement a amélioré les comportements de leur enfant pendant le temps de repas (Sharp et al., 2019).

4 Problématique et hypothèses

Au regard de la prévalence des TAP chez les enfants avec un TSA, des manifestations du trouble et des conséquences connues sur le spectre familial, l'accompagnement parental est un moyen thérapeutique à ne pas négliger. Cette revue de littérature montre que les parents ont tendance à développer un sentiment de stress parental les faisant tomber dans un cercle vicieux de conduites aggravant les difficultés alimentaires de leur enfant. Comme vu précédemment, quelques projets multidisciplinaires non spécifiques à l'orthophonie se sont développés aux Etats-Unis afin d'utiliser les thérapies indirectes dans le but d'avoir une action sur les difficultés alimentaires des enfants ayant un TSA. En France peu de protocoles orthophoniques d'accompagnement parental sont disponibles et spécifiques aux enfants avec un TSA et un TAP et il y a peu d'informations sur les impacts engendrés dans ce contexte précis de thérapie. D'ailleurs, 80% des études menées dans le cadre des difficultés alimentaires portent sur des méthodes d'intervention destinées à former les professionnels (orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes) et non les parents (Esposito et al., 2023). De ce constat, la problématique suivante émerge : Quels sont les impacts d'un programme orthophonique d'accompagnement parental à domicile axé sur les troubles alimentaires de l'enfant avec TSA ? L'hypothèse générale est qu'un programme d'accompagnement parental orthophonique de 10 sessions permettra une diminution des perturbations alimentaires de l'enfant et du stress parental lié à l'alimentation. Les hypothèses opérationnelles sont que le protocole permettra une diminution du stress parental lié à l'alimentation (H1), une diminution de l'inquiétude parentale concernant les besoins nutritionnels de l'enfant (H2), une augmentation du sentiment de compétence parentale (H3), une augmentation de la variété du répertoire alimentaire de l'enfant (H4) et une diminution des comportements défis pendant les repas (H5).

II Méthode

1 Population

Pour cette étude, les sujets sont retenus selon certains critères d'inclusion et d'exclusion. L'enfant doit avoir un diagnostic de TSA et de TAP posés par des professionnels de santé. La

présence d'une sélectivité alimentaire modérée (l'enfant doit consommer au moins 6 aliments en tout) est nécessaire pour que l'enfant soit inclus dans l'étude (Sharp et al., 2019). Enfin, il doit exister des comportements défis quand des aliments non préférés sont présentés au sujet. Les enfants n'ont également pas de prise en soin orthophonique avant le début du protocole pour leur TAP. Concernant le parent, les critères d'inclusion sont qu'il doit approuver les problèmes d'alimentation de son enfant et accepter de suivre le protocole. Des critères d'exclusion pour l'enfant ont été pris en compte ; la présence de problèmes médicaux graves impliquant une alimentation artificielle comme une gastrostomie ou une sonde naso-gastrique.

2 Matériel

2.1 Les mesures collectées

2.1.1 Les mesures répétées

La méthodologie *Single Case Experimental Design* (SCED) ou conception expérimentale à cas unique, permet de comparer le sujet à lui-même grâce à un critère de jugement et des mesures répétées tout le long du protocole (Krasny-Pacini & Evans, 2018). Pour cela, trois questions disponibles en Annexe A, en lien avec le stress parental lié à l'alimentation ont été sélectionnées en fonction des données retrouvées dans la littérature.

La première question se tourne vers une estimation du stress ressenti lors des repas de façon globale afin d'avoir un point de vue général. Pour avoir des données plus précises, une deuxième question aborde l'inquiétude éprouvée à l'égard d'une alimentation qui ne fournit potentiellement pas les besoins nutritionnels nécessaires au développement de l'enfant. L'inquiétude est définie comme un enchaînement de pensées et de scénarios difficilement contrôlables amenant à une certaine appréhension des événements futurs (Vander Haegen et al., 2022). Selon la littérature, cette impression déclenche une certaine culpabilité chez le parent et va donc faire varier le niveau de stress lié à l'alimentation (Burkett et al., 2022). Enfin, la troisième question porte sur le sentiment de compétence parentale en demandant aux parents s'ils se sont sentis efficaces pour aider leur enfant durant les repas. Comme vu précédemment, ce sentiment a un lien étroit avec le stress ressenti : le manque de compétence est synonyme de stress pour les parents (Hatta et al., 2019; Hermaszewska & Sin, 2021). De plus, le sentiment d'auto-efficacité peut constituer une ressource intéressante pour résister au stress parental (Strauss et al., 2024). Une échelle de Likert a été utilisée pour répondre aux questions avec comme réponse une numérotation allant de 1 (pas du tout) à 5 (extrêmement). Cette évaluation du stress des parents a une dimension qualitative et elle est non étalonnée.

On obtient donc trois mesures hebdomadaires par famille qui forment la mesure cible de cette étude. Ces données récoltées permettront de comprendre si le protocole a eu un impact sur le stress parental dans les familles. Les résultats seront interprétés grâce aux analyses

visuelles faites à partir du logiciel Excel ainsi qu'aux calculs statistiques du TAU-U faits à partir du site singlecaseresearch.org (Vannest et al., 2016).

2.1.2 Pré/Post-tests

Afin de mesurer la diversité du panel alimentaire de l'enfant, un inventaire alimentaire d'une semaine (Annexe B) a été proposé aux familles permettant de classer les aliments par catégories : fruits, légumes, viandes, féculents, boissons, matières grasses ajoutées, produits laitiers, fruits à coque et graines et produits gras/salés/sucrés. Les familles ont également dû répondre au questionnaire BAMBI (Brief Autism Mealtime Behavior Inventory ou en français « inventaire des comportements autistiques à l'heure des repas ») (Annexe C) qui a été traduit et validé dans un mémoire (Deltombe, 2021) dans le but d'étudier les comportements alimentaires atypiques de nos sujets. Ce questionnaire doit être rempli par les parents et il est spécifique à la population choisie ainsi qu'aux TAP. Il comporte trois catégories : le refus alimentaire, la variété alimentaire et les caractéristiques de l'autisme. Les parents doivent estimer la fréquence des comportements en mettant une note allant de 1 (jamais/presque jamais) à 5 (à chaque repas ou presque). Cet outil a été utilisé pour juger de l'efficacité des protocoles de thérapies indirects aux Etats-Unis (Cosbey & Muldoon, 2017; Johnson et al., 2019; Sharp et al., 2019). Un questionnaire de satisfaction disponible en Annexe D a été adapté à partir de celui du MEAL plan (Sharp et al., 2019) afin d'évaluer les composantes techniques du programme réalisé : durée, contenu, supports...

2.2 L'intervention : protocole d'accompagnement parental

Un protocole d'accompagnement parental orthophonique disponible en Annexe E a donc été créé afin de proposer aux familles de l'étude une approche clinique similaire. Il a été conçu à partir des études brièvement décrites précédemment. Dix sessions de 50 à 90 minutes (Johnson et al., 2019; Sharp et al., 2019) ont été proposées aux familles par une orthophoniste à raison d'une séance par semaine. Le protocole a été proposé à domicile pour permettre une organisation plus simple, une réduction du besoin de généralisation et une intervention directement intégrée aux routines des familles (Cosbey & Muldoon, 2017).

Principalement, la trame des sessions abordées a été reprise de celle de l'étude MEAL plan (Sharp et al., 2014), puis chaque thème a suscité une recherche dans la littérature. En s'inspirant donc du protocole de Sharp et al. (2014), les premières sessions étaient dédiées à l'introduction de connaissances concernant les TAP et à la définition du trouble selon Goday et al. (2019). De plus, l'orthophoniste a aidé les parents au repérage des comportements et à la décomposition de ceux-ci grâce au modèle Antécédent/Comportement/Conséquence (Ilg et al., 2016). Des conseils ont été donnés concernant l'organisation des repas, la nécessité d'un environnement bien délimité comme le suggère la HAS (2012), et l'utilisation des renforçateurs qui permettent d'augmenter la présence des comportements adaptés. Les parents ont pu découvrir et choisir parmi plusieurs types de renforçateurs : sociaux (sourire,

félicitations), activités plaisirs (instrument, poupée), renforçateurs intermédiaires (économie de jetons, d'étoiles) ou alimentaires (boisson, friandises) (Magerotte & Willaye, 2010). Puis, selon la trame de Sharp et al. (2014), les séances suivantes ont permis de mettre en place des stratégies avec les parents pour modifier les interactions et augmenter les consignes efficaces grâce à une communication adaptée à l'autisme (CHU Sainte-Justine, 2017). Également, des techniques d'ignorance sélective ont été pratiquées avec l'orthophoniste pour pouvoir limiter les comportements défis (Rogé, 2014). Des méthodes comme le chaînage, consistant à décomposer un comportement en plusieurs étapes, ont été mises en place dans le but d'augmenter les comportements adaptés chez l'enfant (Cooper et al., 2014). A l'instar du protocole EAT-UP (Cosbey & Muldoon, 2017), les parents ont pu choisir au début du protocole, les objectifs les plus significatifs pour eux en répondant à la question « que voulez-vous que votre enfant mange ? » et en choisissant une cible de travail pour les comportements défis. Entre chaque session, les parents avaient des tâches à effectuer qui pouvaient être d'analyser un comportement, de repérer un comportement cible, de se filmer etc. Les vidéos ont constitué un support pour la session d'après et ont permis un feedback par l'orthophoniste.

Trois supports visuels réalisés sur canva.com ont été créés pour soutenir les familles durant le protocole et ils ont été distribués au cours des sessions. Dans un premier temps, une affiche « Aménager le repas » a appuyé les propos de l'orthophoniste lors de la session 3 (Annexe F). Celle-ci contenait des conseils spécifiques à mettre en place afin d'aménager des routines, d'optimiser l'installation, d'utiliser un matériel adapté aux enfants avec TSA et de limiter la durée du repas (Prudhon, 2011). A la session 4, une plaquette « Renforçateurs » était utilisée en support (Annexe G) pour évoquer les différents types de renforçateurs et aider les parents à choisir ceux qui conviennent le mieux à leur enfant (Magerotte & Willaye, 2010). A la session 5, une dernière affiche (Annexe H) a permis d'aborder les conseils pour mettre en place la « Communication Efficace » avec un enfant ayant un TSA (ANESM, 2017; CHU Sainte-Justine, 2017)

3 Procédure

3.1 Protocole SCED et critère de jugement

La méthodologie SCED a été utilisée pour cette étude ; le déroulement de la procédure est illustré grâce à la Figure 1. Il s'agit ici d'un SCED à ligne de base multiples à travers deux sujets de type ABA (sans intervention/avec intervention/ sans intervention). Ce protocole à mesures répétées permet à chaque participant d'être son propre sujet contrôle à travers différentes périodes avec ou sans intervention. Chaque famille a suivi le protocole individuellement. Elles n'ont jamais été en contact. L'expérimentation a débuté pour les deux familles en novembre 2023 et s'est poursuivie jusqu'en avril 2024.

Tout d'abord, une phase A1 sans intervention a été proposée aux familles durant 4 semaines. Pendant cette période, les familles ont continué de vivre leur quotidien sans modification car

aucune prise en soin n'était proposée. Les mesures répétées concernant le stress parental ont été récoltées une fois par semaine. Ainsi, un état des lieux a pu être fait, constituant une ligne de base dans le but d'objectiver ou non les effets du traitement allant être proposé. La phase B a directement débuté à la fin de la phase A1. Les parents ont bénéficié à cette étape de l'intervention d'accompagnement parental une fois par semaine à domicile dispensée par la même orthophoniste pour les deux sujets. Ce protocole de 10 sessions s'est déroulé sur une période de 15 semaines pour le sujet 1 et 14 semaines pour le sujet 2, durant lesquelles le critère de jugement a été mesuré de façon hebdomadaire à partir de la session 2 afin de voir si une modification du stress parental a eu lieu durant cette période. Pour finir, une phase A2 finale sans intervention a permis de récolter des données sur 4 semaines après la phase B afin d'observer si un maintien des compétences s'est produit.

3.2 Les mesures pour le critère de jugement

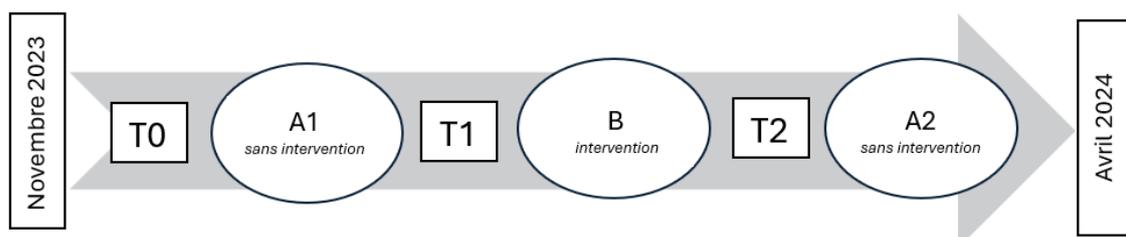
Au total, les mesures du stress ont été prises 17 fois grâce à l'échelle de Likert dont 4 fois en phase A1 sans intervention, 9 fois en phase B avec intervention et 4 fois en phase A2 finale. A chaque récolte de données, l'orthophoniste posait les trois questions sur le stress parental aux parents concernant la semaine qui venait de s'écouler. Pendant les deux phases A, les mesures ont été récoltées lors d'appels téléphoniques entre les parents et l'orthophoniste. Durant la phase B, les données étaient récoltées avant chaque début de session.

3.3 Les tests secondaires

Afin de voir si l'intervention a un effet sur les compétences alimentaires et les comportements de l'enfant, plusieurs mesures pré et post-intervention ont été proposées. Comme illustré sur la Figure 1, un recueil de données a eu lieu la semaine avant le commencement de la première phase A1 (T0), la semaine entre les phases A1 et B (T1) et la semaine à la fin de la phase B (T2). Les parents ont donc dû répondre à trois reprises aux tests proposés. Ils devaient remplir à l'écrit pendant sept jours la constitution de l'alimentation de l'enfant et répondre à un questionnaire sur les comportements alimentaires de l'enfant (BAMBI, Deltombe, 2021). Enfin, le questionnaire de satisfaction a été remis à T2 afin d'avoir un retour global sur l'expérience qu'ont vécue les familles.

Figure 1

Frise chronologique du déroulé du protocole



3.4 Démarches administratives

Ce protocole SCED a nécessité la signature d'une convention avec l'orthophoniste qui a proposé et encadré les sessions avec les familles dans le cadre de sa pratique clinique. L'accord des parents a été demandé et ils ont été prévenus du but et de la finalité de cette étude.

III Résultats

La présentation des résultats débutera par l'analyse du critère de jugement en commençant par les données recueillies pour les trois questions : la mesure du stress parental lié à l'alimentation, la mesure de l'inquiétude concernant les besoins nutritionnels et enfin la mesure du sentiment de compétence parentale. Dans un second temps, l'étude des pré et post-tests permettra d'aborder l'évolution du panel alimentaire et des comportements défis de chaque sujet. Enfin, les résultats au questionnaire de satisfaction seront abordés. Cette étude est une étude de cas multiples avec deux sujets sélectionnés selon plusieurs critères détaillés précédemment. Deux familles, présentées dans le Tableau 1, ont participé à l'étude de cas proposée. Les parents ont eux-mêmes contacté l'orthophoniste car ils étaient en attente d'une prise en soin du TAP de leur enfant. Seule la mère du sujet 1 a participé à l'étude alors que les deux parents du sujet 2 étaient présents lors des sessions. Les parents du sujet 2 ont donné une seule réponse commune aux questions du critère de jugement et ont répondu aux pré/post-tests ensemble.

Tableau 1

Précisions concernant le profil des sujets participant à l'étude de cas

	Sujet 1	Sujet 2
Âge de l'enfant au début de la phase A1	4 ans 4 mois	2 ans 11 mois
Âge de la plainte alimentaire	18 mois	8 mois
Scolarité	Moyenne Section de Maternelle	Crèche
Sexe	Masculin	Masculin
Parent(s) qui suit/suivent le protocole	Mère	Mère et père

1 Le critère de jugement

Les résultats du critère de jugement ont été interprétés à partir d'une analyse visuelle afin d'étudier l'évolution au cours des phases. Les lignes verticales représentent le début d'une nouvelle phase sur les figures. Afin de compléter ces résultats, le calcul statistique du TAU-U a permis de déterminer la taille de l'effet (Vannest et al., 2016). Ce test est recommandé dans l'analyse statistique des études de type SCED contenant des données restreintes compte tenu de sa robustesse (Lee & Cherney, 2018). Un score négatif signifie que les mesures sont à la baisse alors qu'une valeur positive montre qu'elles sont à la hausse. L'intervention est d'autant

plus efficace lorsque cette valeur dépasse 0,5 (lorsqu'on souhaite une augmentation) ou -0,5 (lorsqu'on souhaite une diminution). Pour chaque Tau, la valeur de p indique si les résultats sont significatifs lorsqu'elle est inférieure ou égale à 0,05. Le détail des mesures pour les deux familles se trouve en Annexe I.

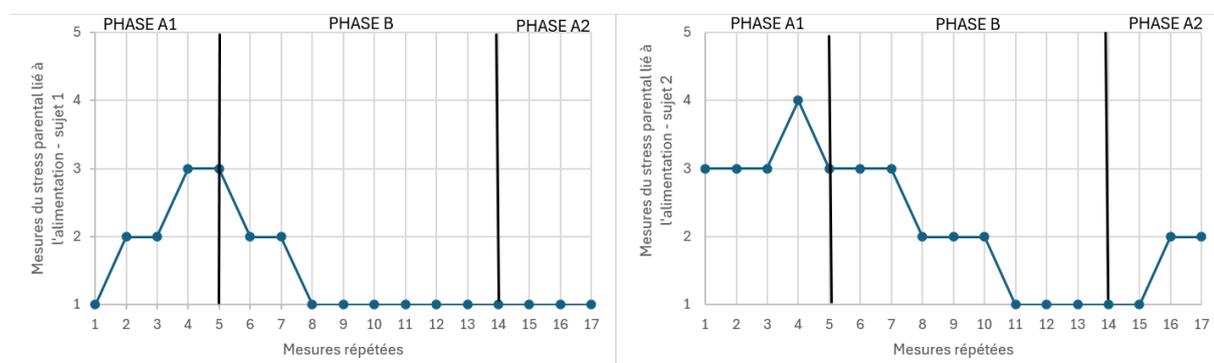
1.1 Mesures du stress parental lié à l'alimentation

Chez la mère du sujet 1, l'analyse visuelle en Figure 2 permet de constater que le stress lié à l'alimentation n'a cessé de croître en phase A1, c'est-à-dire à l'approche et au début de l'intervention. En comparant la phase A1 à la phase d'intervention B, l'analyse visuelle affiche une tendance à la baisse des scores confirmée par les analyses statistiques (TAU-U = - 0,42 ; $p = 0,25$) mais cette diminution n'est pas significative. En phase A2, post-intervention, la mère du sujet 1 ne ressentait plus du tout de stress avec un score à 1 sur les 4 mesures. Il y a une tendance à la diminution des scores du stress qui est non significative entre la phase A1 pré-intervention et A2 post-intervention (TAU-U = - 0,75 ; $p = 0,08$).

Chez les parents du sujet 2, l'analyse visuelle de la Figure 2 montre des scores de stress plutôt stables en phase A1 avec trois scores sur quatre à 3. Une diminution significative des scores du stress parental lié à l'alimentation est constatée en phase B lors de l'intervention par rapport à la première période sans intervention A1 (TAU-U = - 0,75 ; $p = 0,04$). Entre la phase A1 et A2, la tendance des scores est à la baisse et elle est significative (TAU-U = -1 ; $p = 0,02$) ce qui se traduit par une diminution du stress à la suite de l'intervention. Les scores ont atteint la valeur minimum de 1 (pas du tout de stress) pour les deux familles, à la huitième mesure pour la mère du sujet 1 et à la onzième pour les parents du sujet 2 avant de stagner à cette valeur dans les deux cas. Le score est légèrement remonté pour les parents de la famille 2 aux deux dernières mesures du protocole. Lors de la phase A2 après l'intervention, les deux familles ne ressentent presque plus du tout ou peu de stress.

Figure 2

Evolution du stress parental lié à l'alimentation chez la mère du sujet 1 (à gauche) et les parents du sujet 2 (à droite)



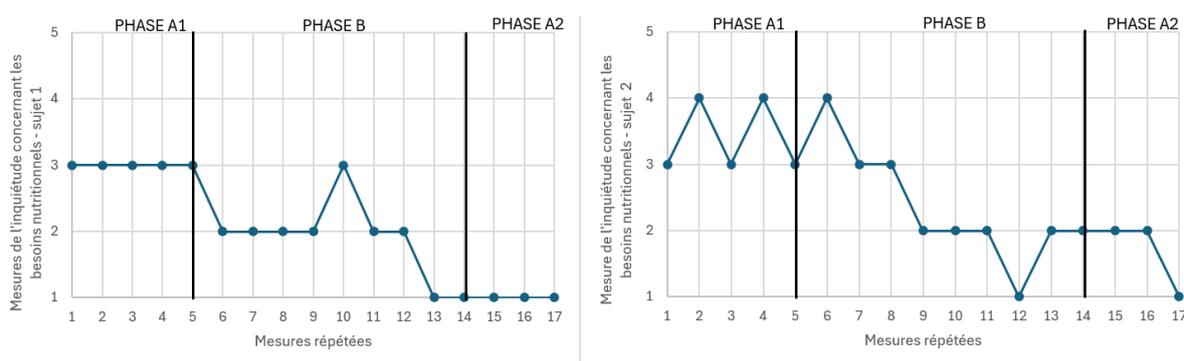
1.2 Mesures de l'inquiétude concernant les besoins nutritionnels

Chez la mère du sujet 1, l'analyse visuelle en Figure 3 montre que les valeurs recueillies sont toujours à 3 pendant 5 mesures, elles sont donc stables pendant toute la phase A1 et le début de phase B. En phase d'intervention B, l'analyse visuelle montre une tendance à la baisse significative par rapport à A1 confirmée par les tests statistiques ($TAU-U = -0,78$; $p = 0,03$). Les scores concernant l'inquiétude de la mère du sujet 1 pour les besoins nutritionnels de son enfant ont diminué lors de l'intervention en phase B alors qu'ils étaient stables et modérés avant l'intervention. En phase A2 post-intervention, les scores sont au minimum, ils se stabilisent et se maintiennent. De plus, une diminution significative entre la phase A1 et A2 est mise en avant par les tests statistiques ($TAU-U = -1$; $p = 0,02$).

Chez les parents du sujet 2, l'analyse visuelle de la Figure 3 permet de constater que les scores ne sont pas stables et vacillent entre 3 et 4 en phase A1 et en début de phase B avant de diminuer seulement à partir de la neuvième mesure. L'inquiétude parentale concernant les besoins nutritionnels de l'enfant atteint le score minimum de 1, pas du tout d'inquiétude, seulement une fois à la douzième mesure lors de la phase B avant de remonter légèrement et de se stabiliser à 2 en phase post-intervention. A la toute dernière mesure de l'étude, le score est redescendu au minimum, c'est-à-dire à 1. Il y a une tendance à la baisse entre la phase A1 et la phase B ($TAU-U = -0,67$; $p = 0,06$) et même si cette diminution n'est pas significative, elle se rapproche de la valeur $p = 0,05$. D'ailleurs, la diminution des scores de l'inquiétude liée aux besoins nutritionnels de l'enfant est significative chez les parents du sujet 2 entre la phase pré-intervention A1 et post-intervention A2 ($Tau-U = -1$; $p = 0,02$).

Figure 3

Evolution de l'inquiétude concernant les besoins nutritionnels de l'enfant chez la mère du sujet 1 (à gauche) et les parents du sujet 2 (à droite)



1.3 Mesures du sentiment de compétence parentale

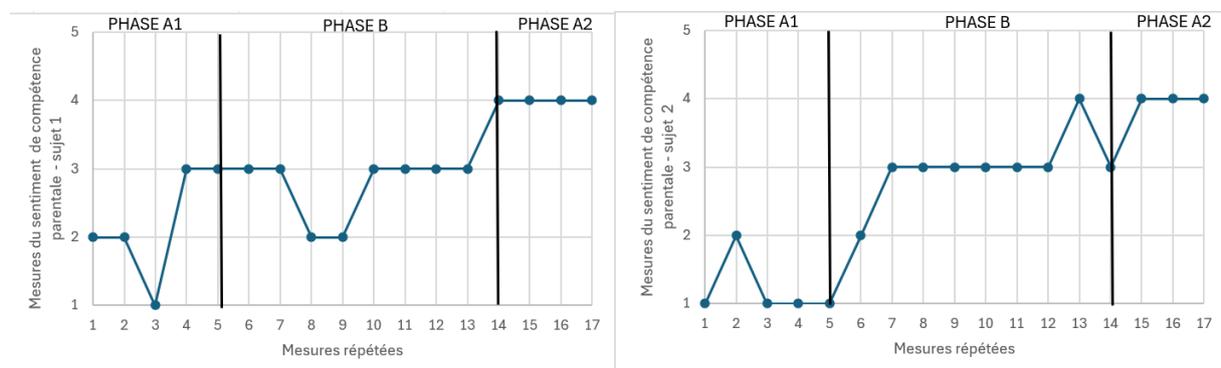
Sur l'analyse visuelle de la Figure 4, les mesures de la mère du sujet 1 en phase B ont une tendance à la hausse non significative par rapport à la phase A1 ($TAU-U = 0,58$; $p = 0,1$) avec une légère stagnation à 3 (score modéré), une rechute et une nouvelle stagnation à 3 en phase B. Cependant, en comparant la phase A1 avant le protocole d'accompagnement parental et

A2 après avoir suivi le protocole, l'effet de l'intervention est positif et significatif (TAU-U = 1 ; $p = 0,02$) avec une tendance à l'augmentation des scores du sentiment de compétence parentale.

Chez les parents du sujet 2, la Figure 4 montre une tendance à la hausse significative en phase B par rapport à la phase A1 (TAU-U = 0,83 ; $p = 0,02$). Les scores ont stagné pendant 6 semaines à 3 avant de continuer à augmenter. Les calculs statistiques entre la phase A1 avant le protocole et la phase A2 après celui-ci montrent une évolution se caractérisant par un effet positif et significatif de l'intervention (TAU-U = 1 ; $p = 0,02$).

Figure 4

Evolution du sentiment de compétence parentale chez la mère du sujet 1 (à gauche) et les parents du sujet 2 (à droite)



2 Evaluation pré et post-tests

2.1 Mesures de la diversité alimentaire

Un calcul a permis d'extraire le taux d'aliments différents acceptés à partir de l'inventaire alimentaire d'une semaine chez chaque sujet. Celui-ci consistait à apprécier la proportion d'aliments différents par rapport au nombre total d'aliments ingérés (Tableau 2). A partir de ce pourcentage, un taux d'évolution disponible également dans le Tableau 2 a été calculé permettant de comparer les phases entre elles et notamment T0 avec T1, T0 avec T2 et T1 avec T2. Lorsque le taux est positif cela signifie qu'il y a eu une augmentation du pourcentage d'aliments différents et quand il est négatif, cela montre une diminution. Chez les deux sujets, le nombre d'aliments différents a diminué entre le début et la fin de la phase sans intervention A1 (entre T0 et T1). En revanche, à l'issue du protocole d'intervention (fin de phase T2), une augmentation de la diversité alimentaire a eu lieu chez le sujet 1 avec 23 aliments différents ingérés en 7 jours contre seulement 14 en T0 et 12 en T1 (détails en Annexe J). Pour le sujet 2, le nombre d'aliments différents (Annexe J) est quasiment égal à T0 (26 aliments) et à T2 (25 aliments). Cependant, par rapport au total d'aliments consommés, le pourcentage d'aliments différents est plus élevé à T2 qu'aux autres temps d'évaluation.

Tableau 2

Taux et évolution de la diversité du panel alimentaire entre les phases chez les deux sujets

	Taux d'aliments différents en %			Taux d'évolution en %		
	T0	T1	T2	T0/T1	T0/T2	T1/T2
Sujet 1	38,89%	33,33%	47,91%	-14,29%	23,34%	43,74%
Sujet 2	37,68%	30,65%	43,85%	-18,68%	16,37%	43,07%

L'apparition de certains aliments est constatée dans le répertoire alimentaire des sujets. Qualitativement chez le sujet 1, certains aliments et boissons comme la citronnade, les amandes, les cornichons, les « cracottes », les biberons de lait et les produits sucrés (« smarties », « mikado », sirop de grenadine) sont les aliments de base qui sont présents de T0 à T2 (détails en Annexe J). Le protocole a permis l'apparition de la catégorie « viandes » à T2 chez le sujet 1 (saucisson et jambon de dinde). De plus, il a consommé une plus grande variété de légumes après le protocole (concombre, radis et olives en plus des cornichons déjà présents à T0 et T1). Cependant, les produits gras, sucrés et salés constituent encore la catégorie la plus diversifiée à T2 avec l'ajout dans le répertoire alimentaire de certaines boissons sucrées comme le sirop de citron ou de fraise. Les parents ont noté l'introduction du yaourt pour la première fois à T2, non présent jusqu'alors dans la catégorie « produits laitiers » qui était essentiellement constituée de lait de croissance à T0 et T1. Il y a 11 aliments nouveaux apparus à T2 jusqu'alors non présents ni à T0 ni à T1 dans les inventaires alimentaires pré-intervention. Cela représente un taux de 47,82% d'aliments nouveaux dans le répertoire alimentaire après le protocole d'accompagnement parental par rapport au total d'aliments ingérés différents à T2 (Annexe J). Il faut également noter que certains aliments comme la semoule ou la fraise ne sont plus présents à T2 alors qu'ils l'étaient à T0.

Chez le sujet 2, les aliments et boissons présents tout le long du protocole sont entre autres l'eau, les fruits (bananes et compote), quelques viandes (bœuf, nuggets), des produits laitiers (biberons, yaourts vanille et nature), et des produits transformés et sucrés (biscuits) (Annexe J). Qualitativement, l'alimentation à T0 était constituée de pots avec des légumes, féculents et viandes mélangés et mixés. A T2, une évolution concernant l'acceptation de nouvelles textures a eu lieu avec la présence d'aliments solides hors pots industriels comme les boulettes de viandes ou les frites. Après le protocole, la catégorie qui a le plus évolué est celle des produits laitiers car le sujet 2 accepte à T2 une plus grande variété de goût pour les yaourts (à T0 et T1 majoritairement nature et vanille et à T2 abricot, fraise, coco...). Les catégories fruits, légumes, féculents et viandes n'ont pas évolué au cours des phases d'évaluation. A T2, 11 aliments sont nouveaux et n'étaient pas présents à T0 et à T1, ce qui représente un taux de 44% d'aliments nouveaux dans le répertoire alimentaire après le protocole proposé par rapport

au total d'aliments différents. Tout comme le sujet 1, certains aliments comme les légumes en pot ne sont plus présents à T2 alors qu'ils l'étaient à T0 et T1.

2.2 Mesures des comportements défis pendant les repas

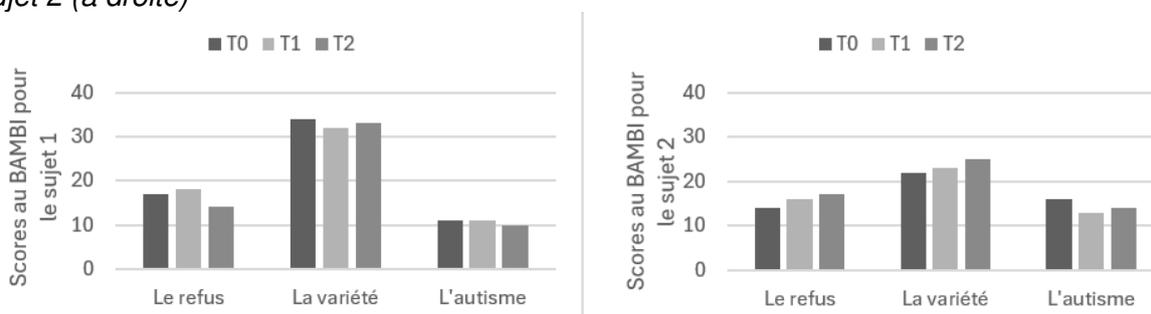
Les parents ont rempli le questionnaire BAMBI (Deltombe, 2021) en mettant un score de fréquence aux comportements atypiques de leur enfant au cours des repas. Le refus alimentaire et les caractéristiques de l'autisme peuvent atteindre la note de 25 alors que la variété alimentaire est un score sur 40 points. Plus les scores sont élevés, plus les particularités des comportements alimentaires de l'enfant ayant un TSA sont présentes dans les trois catégories : refus d'aliments, variété alimentaire et comportements spécifiques à l'autisme. Le détail des résultats est disponible en Annexe K. Chez le sujet 1, la Figure 5 montre que les scores sont relativement stables entre les trois phases. Il y a une légère diminution à T2 par rapport à T0 concernant le refus alimentaire avec une baisse de points pour les items « détourne la tête ou le corps face à la nourriture », « recrache sa nourriture » et « maintient sa bouche fermée quand on lui présente de la nourriture ».

Chez le sujet 2, la Figure 5 montre des scores qui augmentent légèrement au cours de l'évolution des phases pour deux catégories (le refus et la variété alimentaire). Dans la catégorie « variété », l'item « perturbe le repas » a nettement augmenté car les parents avaient mis la note de 1 « jamais, pas du tout » à T0 et T1 mais celle de 4 « souvent » à T2. De plus le score de l'item « préfère que sa nourriture soit préparée de manière spécifique » est passé de 1 « jamais, pas du tout » à T0 et T1 à 3 « occasionnellement » à T2.

Au total, les scores de ce questionnaire parental concernant les comportements alimentaires de l'enfant avec un TSA diminuent pour l'enfant 1 de -1,61% entre T0 et T1, de -8,06% entre T0 et T2 et de -6,56% entre T1 et T2. Chez l'enfant 2, les scores totaux des trois critères ne varient pas entre T0 et T1, et augmentent de +7,69% entre T0 et T2 et entre T1 et T2 (Annexe K).

Figure 5

Evolution des comportements défis au cours des repas chez le sujet 1 (à gauche) et chez le sujet 2 (à droite)



2.3 Questionnaire de satisfaction

Les familles ont répondu aux questionnaires de satisfaction à la fin du protocole. Un taux de 88% de satisfaction a été calculé chez les parents du sujet 2 et de 74% chez la mère du sujet 1 (Annexe L). Au niveau qualitatif, ils ont été ravis d'avoir suivi ce protocole et ont trouvé un grand avantage aux séances à domicile pour le gain de temps et la logistique. Pour la famille du sujet 2, le nombre de 10 sessions n'était que moyennement avantageux et ils auraient aimé continuer les séances plus longtemps. La mère du sujet 1 semble cependant satisfaite de la durée du protocole. De plus, les deux familles ont trouvé dans l'ensemble le contenu et le matériel utilisés utiles et appropriés. Les parents du sujet 2 suggèrent de coupler le protocole d'accompagnement parental à une prise en soin directe pour encore mieux répondre à leurs besoins. La mère du sujet 1 n'a pas fait de suggestion mais n'a pas trouvé forcément pertinent le fait de bénéficier d'un accompagnement parental seul plutôt qu'un soin individuel de son enfant. Les deux familles continueront de mettre en place les outils appris durant ce protocole et le recommandent aux personnes qui en ont besoin.

IV Discussion

Cette démarche de recherche utilisant la méthodologie SCED avait pour but de montrer l'efficacité d'un programme d'accompagnement parental en orthophonie pour des parents d'enfants présentant un TSA et un TAP, sur le stress parental lié à l'alimentation et sur les perturbations alimentaires de l'enfant. Plusieurs hypothèses ont donc pu être dégagées : le protocole proposé induira une diminution du stress parental lié à l'alimentation (H1), une diminution de l'inquiétude des parents concernant les besoins nutritionnels de leur enfant (H2), une augmentation du sentiment de compétence parentale (H3), une augmentation de la variété du répertoire alimentaire de l'enfant (H4) et une diminution des comportements défis pendant les repas (H5).

1 Analyse des résultats selon la littérature

1.1 Evolution du stress parental lié à l'alimentation (H1/H2/H3)

Pour les deux sujets, une diminution du stress lié à l'alimentation est notée à la suite du protocole d'accompagnement parental entre la phase sans intervention A1 et la phase d'intervention B, ainsi qu'entre la phase pré-intervention A1 et post-intervention A2. Elle n'est à chaque fois significative que pour les parents du sujet 2. Malgré le manque de significativité de la diminution des scores pour la mère du sujet 1, les deux familles ne ressentent plus du tout de stress à l'issue de la phase d'intervention B et cela se maintient après l'arrêt de l'intervention, mis à part les deux dernières mesures des parents du sujet 2 qui remontent légèrement. Au vu de la tendance à la baisse du stress chez les deux familles, qui n'est cependant significative que pour l'une d'entre elles, l'hypothèse H1 est donc partiellement validée.

La baisse du stress parental lié à l'alimentation montre l'intérêt de proposer un tel accompagnement aux parents dans ce cadre de prise en soin. Ces résultats corroborent les données de la littérature et notamment l'étude de cas de Cosbey & Muldoon (2017) qui rapporte que le programme EAT UP mené par des chercheurs a fait diminuer la frustration et l'anxiété liées au repas chez trois parents d'enfant avec un TSA après un coaching parental. Le stress lié à l'alimentation s'est accentué à l'approche du protocole chez la mère du sujet 1, ce qui peut s'expliquer par une augmentation de la perception des difficultés au moment des repas comme en témoigne une mère de l'étude de Cosbey et Muldoon (2017) qui a constaté un accroissement de la conscience des difficultés de son enfant lors des repas. De plus, le fait de commencer le protocole et de mettre en place un environnement adapté pousse les parents à enlever certains distracteurs utilisés lors des repas, comme la télévision, rendant les débuts de mise en place des stratégies source de stress (Cosbey & Muldoon, 2017). La fiabilité des mesures est capitale dans une étude de type SCED mais il peut avoir un biais de réactivité des sujets (Krasny-Pacini & Evans, 2018) : les scores non stables et évolutifs à l'approche de l'intervention chez la mère du sujet 1 ont donc pu influencer la significativité des résultats statistiques malgré la baisse des scores sur le stress constatée à la fin du protocole. D'un autre côté, il existe une grande variabilité interindividuelle de la perception du stress qui varie en fonction d'autres critères non spécifiques à l'alimentation non pris en compte dans notre étude comme les troubles associés, le niveau d'autonomie de l'enfant, ses capacités d'acquisition, son accès au langage et aux nouveaux apprentissages (Nader-Grosbois & Cappe, 2015). Il existe aussi une variabilité dans le caractère du parent, ce qui peut impacter la façon dont il gère le stress et la façon dont il répond aux besoins de son enfant (Delefosse, 2018). Certains traits de personnalité, notamment le fait d'être consciencieux, permettent aux parents de mieux identifier les besoins et d'y répondre avec plus de positivité (Delefosse, 2018). D'autres variables non mesurées concernant l'enfant ou le parent ont donc pu influencer le stress ressenti par les familles lors de ce protocole.

Pour les deux familles, une tendance à la diminution significative est constatée concernant l'inquiétude parentale pour les besoins nutritionnels de l'enfant entre la phase pré-intervention A1 et post-intervention A2. De ce fait, l'H2 est validée.

Cependant, la diminution n'est pas significative chez les parents du sujet 2 entre la phase pré-intervention A1 et la phase d'intervention B, car les scores se sont stabilisés seulement après l'arrêt du protocole. La phase B est un stade transitoire où les parents apprennent à mettre en place des stratégies et elle constitue une période de changement. Les résultats peuvent être nuancés car selon la littérature, les représentations alimentaires sont différentes d'une famille à l'autre, d'une culture à l'autre, d'une catégorie sociale à l'autre, et d'une éducation à l'autre (Lambert & Poulain, 2002). Les résultats pourraient donc être en lien avec la notion d'éducation à l'alimentation amenant ainsi des variations sur l'inquiétude concernant les besoins

nutritionnels de l'enfant. Rappelons que les parents se sentent coupables et stressés de donner des aliments spécifiques à leur enfant présentant un TSA dans le but ultime qu'il accepte de manger au détriment d'une alimentation avec suffisamment de calories (Burkett et al., 2022). Les parents orientent l'alimentation de leur enfant en fonction de l'idée qu'ils ont d'une bonne santé (Kerlan, 2017). Pour certaines familles, c'est important que l'enfant mange de la viande, des produits laitiers, du pain alors qu'un manque de ces aliments ne sera pas inquiétant pour d'autres (Kerlan, 2017). Dans le répertoire alimentaire, la mère du sujet 1 a classé l'aliment « olive » dans la catégorie « légumes » alors qu'une autre famille aurait pu la mettre dans la catégorie « fruits ». Pareillement, l'aliment « cracotte » est rangé par la maman dans la catégorie « féculents », mais il aurait aussi pu être dans « produits sucrés » car c'est un aliment transformé. Les parents du sujet 2 ont parfois rangé l'aliment « compote » dans la catégorie « fruits » et parfois dans la catégorie « produits laitiers ». De même, ils ont mis les pots consommés par l'enfant dans la catégorie « viandes » alors qu'ils contenaient le plus souvent des légumes (potiron, carottes, patates douces) et des féculents (boulgour, pâtes...). Pour certains foyers, il sera primordial de satisfaire chacun des membres de la famille en demandant aux enfants ce qu'ils veulent manger plutôt que de fournir une alimentation variée (Maurice, 2015). Par ailleurs, le milieu social a une grande influence et les familles populaires sont souvent moins attachées aux principes diététiques (Maurice, 2015). Leurs choix alimentaires sont aussi influencés par des contraintes économiques (Lambert & Poulain, 2002). D'un autre côté, d'après la méta-analyse de Sharp et al. (2013), les déficits nutritionnels ne sont pas forcément un risque pour la croissance de l'enfant avec un TSA et sept études ont montré qu'il n'y avait aucune différence significative des paramètres de croissance comme la taille, le poids et l'IMC (Indice de Masse Corporelle) entre les enfants avec et sans TSA. Ainsi, les parents de notre étude ne perçoivent peut-être pas de déficit dans la croissance de leur enfant ce qui pourrait modérer leur inquiétude quant aux besoins nutritionnels et limiter l'effet de l'intervention sur ce critère. Pourtant, des déficits nutritionnels invisibles comme des carences en vitamines, minéraux, fer ou calcium (Prudhon Havard et al., 2009) sont la plupart du temps bien présents et peuvent avoir un impact sur la croissance de l'enfant avec TSA notamment sur le développement de son système nerveux (De Leener et al., 2023). Dans la mesure où les conséquences sont imperceptibles, elles sont souvent négligées (Sharp et al., 2013).

Le sentiment de compétence parentale a augmenté pour les parents des deux sujets et cette tendance à la hausse est significative chez les deux familles entre la phase pré-intervention A1 et post-intervention A2. De ce fait, l'H3 est validée.

La validation de cette hypothèse est importante car la littérature prône le fait que favoriser l'efficacité parentale permet de réduire le stress causé par l'autisme (Kishimoto et al., 2023). De plus, la littérature définit le stress comme un décalage entre les ressources des individus

et les demandes de l'environnement (Mikolajczak, 2015) : il y a donc un grand intérêt à enrichir le sentiment de compétence parentale chez les parents d'enfant avec TSA ayant un TAP pour qu'ils aient des ressources et qu'ils puissent répondre aux défis quotidiens auxquels ils font face. Cependant, il n'est pas possible de savoir si le stress et le sentiment d'efficacité s'influencent dans notre étude. Les scores des deux familles permettent de conclure que les deux notions évoluent dans le sens inverse suite au protocole (le stress lié à l'alimentation baisse et le sentiment de compétence parentale augmente). Ces résultats concernant le sentiment d'efficacité parentale après un protocole d'accompagnement parental orthophonique vont dans le sens de l'étude de Johnson et al., (2019). En effet, les parents se sont sentis plus confiants pour gérer les difficultés alimentaires de leur enfant avec un TSA après avoir suivi le protocole de formation comportemental et diététique. Les statistiques montrent cependant une évolution des scores non significatifs entre la phase A1 et la phase d'intervention B pour le sujet 1. L'augmentation du sentiment d'auto-efficacité est moins marquée chez la mère du sujet 1. On note une stagnation et des rechutes des scores en phase B. Puis, ils continuent à augmenter et à se stabiliser durant la période post-intervention. La différence avec les parents du sujet 2 est que les scores ne rechutent pas en phase B, cela pourrait être en lien avec la quantité de ressources disponibles dans chaque famille notamment en termes d'adaptation, d'optimisme, de ressources financières et sociales, de répit et d'énergie (Quiban, 2020). De plus, les difficultés alimentaires de l'enfant peuvent demander une organisation du planning familial. Or, les parents sont souvent des personnes actives qui doivent se consacrer à leur vie professionnelle et familiale : ils n'ont pas tous la même disponibilité dans leur emploi du temps pour s'occuper de l'alimentation (Lambert & Poulain, 2002) . Ainsi, le manque de temps pourrait expliquer les différences de résultats car les familles n'ont pas pu s'approprier les stratégies au même rythme. De surcroît, seule la mère du sujet 1 a pu suivre l'étude proposée contre les deux parents pour le sujet 2. Cela pourrait questionner la nécessité de la présence des deux parents afin de permettre un investissement dans l'environnement familial plus pertinent et plus efficace.

1.2 Evolution de la diversité alimentaire (H4)

Le taux d'aliments et boissons différents par rapport au nombre total d'aliments ingérés en une semaine représente la diversité du panel alimentaire et elle a augmenté à l'issue du protocole pour les deux sujets. L'hypothèse H4 est donc validée.

Ces observations vont dans le sens de l'étude EAT UP où les chercheurs ont montré que les enfants acceptaient en moyenne 14 aliments en plus après l'intervention des chercheurs à domicile (Cosbey & Muldoon, 2017). L'étude de Manzanarez et ses collaborateurs (2021) corrobore aussi ces données puisque les parents ont affirmé que leur enfant était moins réfractaire à essayer de nouveaux aliments comme les fruits et légumes. Cependant, le refus alimentaire concernant les fruits et les légumes semble diminuer naturellement au cours de

l'intervalle d'âge entre 6 et 12 ans chez les enfants ayant un TSA (Bandini et al., 2017). Même si les sujets de notre étude sont plus jeunes, il se peut également que l'augmentation mise en avant du panel alimentaire des légumes chez le sujet 1 soit due à une évolution spontanée au vu du développement de l'enfant. Également, selon Nadon et al. (2011), 60% des enfants de leur étude ayant un TSA traversent des phases de refus alimentaire. Ainsi, les résultats du protocole peuvent varier en fonction de la période à laquelle il est proposé aux parents. D'ailleurs, cette notion de phases peut être en lien avec la disparition de certains aliments à T2 comme la fraise et la semoule chez le sujet 1 ou certains légumes en pot chez le sujet 2. De plus, les mesures à T1 montrent qu'il y a eu une diminution chez les deux sujets alors qu'aucune intervention n'a été proposée, ce qui pourrait se traduire par des périodes de refus. Les résultats obtenus sur l'augmentation du panel alimentaire sont à nuancer car les aliments présents à T0 et T1 et non présents à T2 ne sont pas pris en compte. Il se peut également que les parents proposent certains aliments à une période et pas à l'autre pour des questions de disponibilité du produit et non d'un refus de l'enfant pour le manger. Certaines catégories d'aliments n'ont pas évolué chez les sujets. Cela peut être en lien avec les choix et les préférences des familles à l'égard de certains aliments qui vont être essentiels à apporter dans le répertoire alimentaire de l'enfant et qui ne seront pas les mêmes qu'une autre famille (Kerlan, 2017). Par exemple, il était important pour la mère du sujet 1 de réduire la consommation de biberon de lait ; c'est pourquoi elle a accordé une importance particulière durant le protocole à l'introduction du yaourt (aliment nouveau à T2) dans l'alimentation de son enfant. D'autre part, comme vu précédemment, le protocole a eu un impact sur le sentiment de compétence parentale. Or, il se pourrait que les parents ayant une meilleure confiance en leurs capacités après le protocole osent proposer à leur enfant des aliments jusqu'alors non présentés. L'augmentation du répertoire alimentaire est aussi à mettre en lien avec la diminution du stress lié à l'alimentation. Selon la littérature, les parents avec un enfant présentant un TSA et une sélectivité alimentaire sont plus stressés par rapport aux parents d'enfants avec TSA non sélectifs (Postorino et al., 2015). Il se pourrait donc que l'apparition de nouveaux aliments dans l'alimentation, représentant une baisse de la sélectivité pour les parents, soit en lien avec la baisse du stress mise en avant précédemment.

1.3 Evolution des comportements défis (H5)

Chez les deux sujets, aucune baisse significative des comportements défis lors des repas n'a été constatée suite aux questionnaires parentaux. Alors, l'hypothèse H5 n'est pas validée. Les résultats obtenus ne corroborent pas l'étude comparant les parents du protocole MEAL plan à un groupe de parents ayant eu une simple formation sur l'autisme. En effet, les auteurs constatent une baisse significative des scores du BAMBI du groupe MEAL plan par rapport à l'autre groupe (Sharp et al., 2019). Également, les parents des trois enfants de l'étude de cas de Cosby & Muldoon (2017), ont souligné la baisse du nombre de comportements

problématiques au cours des repas chez leur enfant confirmée par des scores totaux au BAMBI plus bas. La légère augmentation des scores chez le sujet 2 peut être en lien avec l'accroissement de la perception des difficultés au moment des repas par les parents. De plus, ils ont acquis de nouvelles connaissances sur les comportements typiques que l'enfant devrait avoir à son âge (Cosbey & Muldoon, 2017). À l'issue du protocole, les résultats ont montré que les parents se sentent plus compétents pour aider leur enfant et globalement moins stressés par l'alimentation et les apports nutritionnels. Ils ont donc pu mettre en place des stratégies et ont testé plus de nouveaux aliments qu'à l'accoutumée. Il est donc probable que les comportements défis et la perception de ceux-ci aient augmenté suite aux nouvelles attentes et aux changements comportementaux des parents (Cosbey & Muldoon, 2017). Étant donné que le stress parental est positivement corrélé aux comportements de l'enfant (Giovagnoli et al., 2015 ; Hatta et al., 2019 ; Miranda et al., 2019), la baisse du stress liée à l'alimentation soulignée dans cette démarche n'est de ce fait, ici, pas en lien avec la fréquence des comportements défis qui n'a pas évoluée significativement.

2 Limites et biais de l'étude

2.1 Recrutement des participants

Plusieurs limites sont à relever concernant cette étude. Tout d'abord, un biais de recrutement est à noter car les parents ayant suivi le protocole ont eux-mêmes contacté l'orthophoniste pour les difficultés alimentaires de leur enfant. De ce fait, ils étaient intéressés par une prise en soin et déjà en position de recherche de solutions pour aider leur enfant avec un TSA. De plus, le nombre restreint de participants ne permet pas de tirer de conclusions significatives de la généralisation d'un effet de l'intervention sur le reste des parents ayant un enfant avec TSA et un TAP (Krasny-Pacini & Evans, 2018). Également, les taux de stress parental avant l'intervention étaient modérés, ils n'étaient pas stables durant la phase A1 pré-intervention. Les mesures qui étaient moins stables en phase A1 ont donné des résultats non significatifs comme celles pour l'évaluation du stress parental concernant l'alimentation chez la mère du sujet 1. Il serait intéressant de prolonger les phases afin d'obtenir un plus grand nombre de mesures répétées puisque la significativité d'un SCED est davantage puissante lorsqu'il y a un grand nombre de mesures plutôt qu'un grand nombre de participants (Krasny-Pacini & Evans, 2018). Toujours concernant les participants, le fait que seule la mère ait suivi le protocole pour le sujet 1 alors que les deux parents étaient présents pour le sujet 2 peut impacter les résultats obtenus. La mise en commun des ressources, la bonne communication entre les deux parents, la flexibilité et la connexion sont des facteurs favorables à l'adaptation dans les familles avec un enfant ayant un TSA (Nader-Grosbois & Cappe, 2015). De ce fait, la mère du sujet 1 ayant suivi le protocole seule a pu avoir une charge mentale plus importante.

2.2 Les outils d'évaluation

Une autre limite concerne les outils d'évaluation pré et post-tests. En les remplissant, les informations fournies par les parents sont subjectives et dépendent du contexte dans lequel ils ont rempli les documents, de leur humeur à ce moment-là, du temps disponible et de leur motivation. De ce fait, l'interprétation scientifique des résultats est subjective. Concernant l'évaluation du critère de jugement, il est important de constater que le fait de mesurer de façon hebdomadaire le stress peut rendre les résultats moins fiables dû entre autres à un effet de retest (Krasny-Pacini & Evans, 2018). D'un autre côté, le fait de savoir qu'une évaluation sera effectuée régulièrement envoie aux parents le message selon lequel des résultats sont attendus, ce qui pourrait introduire un biais. D'ailleurs, l'augmentation du stress à l'approche de la thérapie chez la mère du sujet 1, montre que le fait de savoir qu'un protocole va être proposé modifie le comportement du parent. Un biais important est donc le fait que le parent sache qu'il va participer à une intervention. De plus, afin d'être sûr de mesurer de manière ciblée les performances de chaque sujet, il serait intéressant de mettre une mesure contrôle en place telle que l'estimation du stress parental lié à un autre domaine comme le sommeil de l'enfant. De plus, les mesures ont permis de mettre en avant une tendance à la diminution du stress parental lié à l'alimentation et de l'inquiétude concernant les besoins nutritionnels ainsi qu'une augmentation du sentiment de compétence parentale mais il nous est impossible de connaître les liens de causalité entre ces trois paramètres.

2.3 Le programme

Même si l'intervention à domicile est extrêmement confortable pour les familles, des programmes comme EAT-UP montrent aussi certaines limites à ce format de thérapie notamment concernant la généralisation des stratégies aux milieux extérieurs comme la cantine scolaire (Cosbey & Muldoon, 2017). Les évaluations de cette étude n'ont pas permis de savoir si les progrès ont été perçus dans d'autres milieux hors foyer familial. D'autre part, ce programme peut avoir certaines limites pour les parents, car selon Prudhon (2017), le stress lié à l'alimentation de l'enfant est moins élevé pour le clinicien que pour les parents. D'ailleurs selon Monfort et Juárez Sanchez (2000), il y a un risque lors de la prise en charge indirecte d'envoyer un message inconscient de culpabilité aux parents, de donner des responsabilités au-dessus de ce qui est possible et de proposer un modèle qui ne peut être réalisable dans la vie quotidienne de cette famille. Ces dangers peuvent être présents dans le cadre des prises en soin des difficultés alimentaires des enfants avec un TSA au vu de la modification du schéma familial engendré par ce trouble. Concernant le contenu du protocole proposé aux familles, contrairement aux programmes existants comme celui de Johnson et al. (2019), Sharp et al. (2019) ou Manzanarez et al. (2021), celui présenté dans cette étude ne contient pas d'informations diététiques et nutritionnelles. Il serait donc pertinent de proposer aux familles des ressources adaptées ou un accompagnement parallèle chez un

diététicien/nutritionniste. Du côté de l'orthophoniste, ce format de protocole sollicite une grande implication du fait qu'il demande d'une part un déplacement à domicile et d'autre part de la disponibilité puisque la durée des sessions (50 à 90 minutes) est plus longue qu'une séance d'orthophonie en cabinet. D'ailleurs, Mourgela et Clément (2019) parlent de plusieurs limites techniques concernant les programmes de formation des parents d'enfants avec TSA comme le manque de professionnels formés, des ressources financières faibles et la difficulté pour les parents de faire garder leur enfant.

3 Perspectives de recherche et améliorations

L'étude réalisée pourrait tout à fait être approfondie par de futures recherches. Les parents du sujet 2 ont fait part dans le questionnaire de satisfaction qu'ils auraient aimé associer le protocole d'accompagnement parental à des séances individuelles de l'enfant. En effet, les thérapies directes et indirectes sont complémentaires et ne sont que rarement exclusives (Witko, 2013). Il conviendrait alors de déterminer si un format d'intervention indirecte en parallèle d'une rééducation orthophonique directe aurait des effets supplémentaires sur les difficultés alimentaires et sur le stress parental. D'ailleurs, toujours dans le but d'ajouter des informations et d'augmenter la précision concernant la généralisation des résultats, il serait intéressant de proposer la même intervention avec d'autres patients, d'autres orthophonistes et d'autres contextes étant donné qu'une intervention SCED est plus probablement efficace si elle a été répliquée plusieurs fois (Krasny-Pacini & Evans, 2018).

De plus, Caouette (1995), parle de trois phases concernant le transfert des activités et des conseils : la phase 1 durant laquelle les parents investissent très bien les conseils, la phase 2 (entre 6 mois et 1 an) où les parents sont moins disponibles au vu des impératifs quotidiens et la phase 3 lorsqu'ils s'approprient les conseils et les appliquent à leur façon en autonomie. Dans le cadre du protocole d'accompagnement parental, les parents des deux sujets ont affirmé lors du questionnaire de satisfaction qu'ils continueront d'utiliser les méthodes apprises. Cependant, il n'a pas été possible de connaître la teneur de leur investissement dans le temps. Il serait donc intéressant d'effectuer des recherches sur une durée plus longue afin d'étudier à long terme l'engagement des familles, les répercussions engendrées et le maintien des acquis. Au vu des difficultés techniques de mise en place du protocole citées précédemment (durée des séances, déplacement), il pourrait être intéressant de proposer le programme en distanciel à l'aide des outils informatiques. Dans une étude, un programme a utilisé des instructions écrites et la modélisation vidéo pour former les parents et les aider à mettre en place des stratégies pour réduire la sélectivité alimentaire de leur enfant avec un TSA (Clark et al., 2020). Cependant, 2 parents sur 3 ont eu ensuite besoin des commentaires *in vivo* d'un professionnel pour s'approprier les vidéos et les stratégies : la présence du thérapeute à domicile de notre étude semble donc pertinente pour impliquer les parents. Alors, il serait intéressant de proposer un programme d'accompagnement pour les parents d'enfant

avec un TSA et un TAP en optant pour un mélange d'intervention à domicile et de vidéos, dans le but de rendre plus réalisable et confortable ce genre de protocole.

Enfin, du fait des bénéfices relevés dans cette étude de cas, il serait pertinent de créer un protocole précis et utilisable par tous les orthophonistes. Il nécessiterait entre autres une élaboration du protocole avec une standardisation, des consignes précises et des modalités d'utilisation, une validation de surface faite grâce à un questionnaire dédié aux orthophonistes ayant testé le protocole ainsi qu'une formation à l'outil prévue pour les professionnels.

4 Apports pour la pratique orthophonique

A l'heure actuelle, les orthophonistes français disposent de peu d'outils et sont peu informés de l'efficacité concrète des programmes d'accompagnement parental dans le cadre des TAP chez les enfants ayant un TSA. Pourtant, les résultats de cette étude suggèrent que ce type d'intervention est totalement pertinent pour les parents, notamment pour réduire leur stress parental lié à l'alimentation mais aussi pour l'enfant et ses difficultés alimentaires. Cette intervention permet aux parents de s'investir et d'avoir des réponses à leurs besoins de façon plus spécifique. Les résultats au questionnaire de satisfaction montrent d'ailleurs qu'ils étaient satisfaits d'avoir pu bénéficier de ce genre d'intervention et qu'ils ont trouvé les outils utilisés appropriés. Selon la littérature, ce genre de protocole indirect est le plus souvent multidisciplinaire (Cosbey & Muldoon, 2017; Johnson et al., 2019; Manzanarez et al., 2021; Sharp et al., 2019). Cette étude a donc permis de montrer les bénéfices de la spécificité d'une intervention orthophonique. En effet, l'orthophonie est recommandée de façon précoce par la HAS en cas de diagnostic ou de suspicion de TAP chez les enfants à risque de trouble du neurodéveloppement comme le TSA (HAS, 2020). Bien qu'un protocole indirect orthophonique ait de nombreux impacts positifs dans le cadre des TAP chez les enfants avec TSA, une prise en soin où tous les professionnels de santé collaborent et échangent régulièrement (diététiciens, psychologues, gastro-entérologues, ergothérapeutes...) reste incontestablement essentielle (De Leener et al., 2023).

Ces thérapies indirectes dans le cadre des TAP chez les enfants avec TSA pourraient répondre à la problématique actuelle d'engorgement des cabinets qui rend souvent les situations anxiogènes autant pour les orthophonistes qui voient leurs listes d'attente s'allonger, que pour les familles qui restent sans aide. Selon la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO, 2019), un déséquilibre important perdure entre l'offre et la demande de soins en orthophonie avec des cabinets surchargés et un épuisement professionnel qui se généralise. D'ailleurs, l'accompagnement des aidants est un axe de proposition de la FNO pour répondre à la problématique d'accès aux besoins car il pourrait limiter l'impact et la chronicisation de certains troubles (FNO, 2019). Cet accompagnement pourrait éviter aux parents de développer à long terme des comportements non adaptés au trouble alimentaire de leur enfant pouvant aggraver la situation (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016). Cependant, il n'y a pas

d'acte disponible pour ce genre de prise en soin dans la nomenclature des orthophonistes. Bien qu'un nouvel acte rémunéré pour le bilan de prévention et d'accompagnement parental ait été signé par la FNO (2022), il ne semble pas correspondre au protocole proposé dans cette étude. En effet, le bilan est ponctuel alors que le protocole est un acte d'intervention hebdomadaire. Pourtant ces interventions font entièrement partie du champ de compétences en orthophonie et elles sont particulièrement efficaces pour les très jeunes enfants (Antheunis et al., 2007).

V Conclusion

Cette étude est partie du constat selon lequel les TAP sont fréquemment observés chez les enfants avec un TSA engendrant un stress parental important autour de l'alimentation. Il a donc été question de s'interroger sur l'impact d'un protocole d'accompagnement parental orthophonique à domicile axé sur les TAP des enfants ayant un TSA. Les analyses ont montré un impact positif du protocole avec une baisse du stress parental lié à l'alimentation, une baisse de l'inquiétude concernant les besoins nutritionnels de l'enfant et une augmentation du sentiment d'efficacité parentale pour aider l'enfant dans ses problèmes liés à l'alimentation. La démarche clinique proposée a permis d'augmenter le panel alimentaire des enfants mais n'a pas contribué à une baisse des comportements défis lors des repas. De ce fait, l'hypothèse générale qu'un programme d'accompagnement parental orthophonique de 10 sessions permette une diminution des perturbations alimentaires de l'enfant (sélectivité alimentaire et comportement défis) et du stress parental lié à l'alimentation est partiellement validée. Ces résultats démontrent la pertinence de ce type de thérapie en orthophonie, étant donné les bénéfices pour les parents comme pour l'enfant. Il semble important de continuer à ajuster et à explorer ce domaine pour affiner les connaissances. En effet, une meilleure compréhension des objectifs de prise en soin visés, pourrait permettre aux orthophonistes français de mettre en place plus aisément ce genre de thérapie dans leur clinique avec une pratique plus adaptée et précise. Cette dynamique pourrait mener vers une orthophonie plus écologique et contribuer à la création d'un protocole standardisé dans le but d'inciter et d'aider les futurs professionnels à inclure les thérapies indirectes dans les prises en soin des enfants ayant un TSA avec un TAP.

Références

- Allen, K., Harrington, J., Quetsch, L. B., Masse, J., Cooke, C., & Paulson, J. F. (2022). Parent–Child Interaction Therapy for Children with Disruptive Behaviors and Autism : A Randomized Clinical Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05428-y>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.; 5e éd). Elsevier Masson.
- ANESM. (2017). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les « comportements-problèmes » : Prévention et réponses*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_anesm_synthese-outils_rbpp-2.pdf
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. Le travail avec les outils Dialogoris 0/4 ans et Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste. *Contraste*, 26(1), 303-320. <https://doi.org/10.3917/cont.026.0303>
- Bali, J., Rosier, A., & Marret, S. (2022). Développement de programmes de guidance parentale dans le champ des troubles du neurodéveloppement en Normandie orientale. *Contraste*, 56(2), 193-213. <https://doi.org/10.3917/cont.056.0193>
- Bandini, L. G., Curtin, C., Phillips, S., Anderson, S. E., Maslin, M., & Must, A. (2017). Changes in Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(2), 439-446. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2963-6>
- Barthélémy, C. (2020). L'autisme, un trouble du neurodéveloppement. *Contraste*, 51(1), 221-227. <https://doi.org/10.3917/cont.051.0221>
- Baxendale, J., & Hesketh, A. (2003). Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(4), 397-415. <https://doi.org/10.1080/1368282031000121651>

- Bernadat, F. A., & Wendland, J. (2021). Sentiment de compétence parentale. Style d'attachement et caractéristiques sociodémographiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 64(2), 59-78. <https://doi.org/10.3917/psyse.642.0059>
- Birlouez, E. (1998). Les conceptions, attitudes et comportements des mères de famille en matière d'alimentation infantile. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 11(6), 360-368. [https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(98\)80177-1](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(98)80177-1)
- Burkett, K., Haggard, M. L., Van Rafelghem, D., & Harpster, K. (2022). Restricted Eating in Preschoolers with Autism : Mother Stressors and Solutions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(6), 2589-2597. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05078-6>
- Caouette, M. P. (1995). *Perception des parents relativement aux activités réalisées à domicile à la demande des orthophonistes*. Université de Montréal.
- Cascales, T., & Olives, J. P. (2016). « Tu vas manger ! ». Trouble alimentaire du nourrisson et du jeune enfant : Du refus au forçage alimentaire. *Spirale*, 80(4), 52-60. <https://doi.org/10.3917/spi.080.0052>
- CHU Sainte-Justine. (2017). *La communication chez l'enfant autiste non verbal ou peu verbal*. CHU Sainte-Justine : Centre hospitalier universitaire mère-enfant. <https://www.chusj.org/fr/soins-services/T/Trouble-du-spectre-de-l-autisme/Outils-et-conseils/La-communication/Enfant-autiste-non-verbal>
- Clark, R. J., Wilder, D. A., Kelley, M. E., & Ryan, V. (2020). Evaluation of Instructions and Video Modeling to Train Parents to Implement a Structured Meal Procedure for Food Selectivity Among Children With Autism. *Behavior Analysis in Practice*, 13(3), 674-678. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00419-w>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2014). *Applied Behavior Analysis*. Pearson New International Edition.
- Cosbey, J., & Muldoon, D. (2017). EAT-UP™ Family-Centered Feeding Intervention to Promote Food Acceptance and Decrease Challenging Behaviors : A Single-Case Experimental Design Replicated Across Three Families of Children with Autism

- Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(3), 564-578.
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2977-0>
- Couly, G. (2017). Les oralités : L'oralité foétale, fondement du langage. *Rééducation Orthophonique*, 271, 13-27.
- Damville, E., & Meurin, B. (2023). Approche sensori-motrice de l'oralité alimentaire et troubles du spectre de l'autisme. In *Sensori-motricité, alimentation et autisme* (p. 25-41). Érès.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders : Associations with Child Characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1278-1291. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0512-z>
- De Leener, M., Uslu, F., Ris, L., Lefebvre, L., & Colomar, A. (2023). Autisme et nutrition. *Arap*.
- De Place, A. (2018). Implication des parents dans le travail mené en orthophonie avec leurs enfants : Un retour d'expérience. *Enfances & Psy*, 79(3), 111-117.
<https://doi.org/10.3917/ep.079.0111>
- Degenne-Richard, C., Wolff, M., Fiard, D., & Adrien, J.-L. (2014). Les spécificités sensorielles des personnes avec autisme de l'enfance à l'âge adulte. *ANAE - Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 128, 1-10.
- Delefosse, M. S. (2018). Le burn-out parental : Une histoire d'équilibre... *Citoyenneté & Participation*. <https://www.cpcp.be/publications/burnout-parental/>
- Deltombe, C. (2021). *Traduction en français et validation de l'échelle «Brief Autism Mealtime Behavior Inventory» afin de permettre son utilisation auprès d'une population d'enfants âgés de 3 à 12 ans porteurs de troubles de la sphère autistique* [Sciences de la santé publique, Liège université Médecine].
<https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/12804/4/MEMOIRE%20Charlotte%20Deltombe.pdf>
- Denni-Krichel, N. (2003). Le partenariat parents-orthophonistes. *Enfances & Psy*, 21(1), 50-57.
<https://doi.org/10.3917/ep.021.0050>

- Dominick, K. C., Davis, N. O., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H., & Folstein, S. (2007). Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Research in Developmental Disabilities, 28*(2), 145-162. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.02.003>
- Dormoy, L. (2018). Le soutien aux parents d'enfants avec tsa. Quelles propositions pour quels besoins ? *Le Journal des psychologues, 353*(1), 42-47. <https://doi.org/10.3917/jdp.353.0042>
- Esposito, M., Mirizzi, P., Fadda, R., Pirollo, C., Ricciardi, O., Mazza, M., & Valenti, M. (2023). Food Selectivity in Children with Autism: Guidelines for Assessment and Clinical Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(6), 5092. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065092>
- FNO. (2019). *La réponse à la demande de soins en orthophonie : Un enjeu majeur de santé publique. Une nécessité pour notre profession. Une priorité de la Fédération Nationale des Orthophonistes.* https://fno.fr/wp-content/uploads/2019/10/NS20191015_Acces_Orthophonie.pdf
- FNO. (2022). *Signature de l'avenant n°19 à la Convention nationale des orthophonistes : Des revalorisations pour l'exercice libéral de l'orthophonie.* <https://www.fno.fr/actualites/signature-de-lavenant-n19/>
- Gardou, C. (2015). Vivre malgré et avec le handicap de son enfant. In *Parents d'enfant handicapé* (p. 13-32). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.gardo.2015.01.0013>
- Giovagnoli, G., Postorino, V., Fatta, L. M., Sanges, V., De Peppo, L., Vassena, L., Rose, P. D., Vicari, S., & Mazzone, L. (2015). Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities, 45-46*, 411-421. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.08.006>
- Girolametto, L. (2000). Participation parentale à un programme d'intervention précoce sur le développement du langage : Efficacité du Programme parental Hanen. *Rééducation Orthophonique, 203*, 32-62.

- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (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>
- Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P., Couteur, A. L., Leadbitter, K., Hudry, K., Byford, S., Barrett, B., Temple, K., Macdonald, W., & Pickles, A. (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): A randomised controlled trial. *The Lancet*, *375*(9732), 2152-2160. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60587-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60587-9)
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale*, *72*(4), 25-38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>
- Hancock, T., & Perkins, F. (1985). The mandala of health : A model of the human ecosystem. *Family & Community Health*. <https://doi.org/10.1097/00003727-198511000-00002>
- HAS. (2012). *Recommandations de bonne pratique : Autisme et autres troubles envahissants du développement : Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent
- HAS. (2020). *Recommandations de bonne pratique : Troubles du neurodéveloppement, Repérage et orientation des enfants à risque*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque
- Hatta, O., Derôme, M., De Mol, J., & Gabriel, B. (2019). Qualité de vie chez les mères d'enfants autistes. *Annales Medico Psychologiques*, *177*(2), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.10.021>
- Hermaszewska, S., & Sin, J. (2021). End-user perspectives on the development of an online intervention for parents of children on the autism spectrum. *The International Journal*

- of Research and Practice*, 25(5), 1234-1245.
<https://doi.org/10.1177/1362361320984895>
- Holley, C. E., & Haycraft, E. (2022). Mothers' perceptions of self-efficacy and satisfaction with parenting are related to their use of controlling and positive food parenting practices. *Maternal & Child Nutrition*, 18(1), e13272. <https://doi.org/10.1111/mcn.13272>
- Houzelle, N., Coulon, N., Coum, D., Mariage, D., Neyrand, G., & Prévot, O. (2013). *Promouvoir la santé dès la petite enfance: Accompagner la parentalité*. inpes editions.
<https://www.santepubliquefrance.fr/import/promouvoir-la-sante-des-la-petite-enfance-accompagner-la-parentalite>
- Ilg, J., Rousseau, M., & Clément, C. (2016). *Programme L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA: des parents en action*. Collections de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.
- Johnson, C. R., Brown, K., Hyman, S. L., Brooks, M. M., Aponte, C., Levato, L., Schmidt, B., Evans, V., Huo, Z., Bendixen, R., Eng, H., Sax, T., & Smith, T. (2019). Parent Training for Feeding Problems in Children With Autism Spectrum Disorder : Initial Randomized Trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(2), 164-175.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy063>
- Kerlan, M. (2017). ETHIQUE et ORALITE : on ne parle pas la bouche pleine ! *Rééducation Orthophonique*, 271, 93-106.
- Kishimoto, T., Liu, S., Zhang, L., & Li, S. (2023). How do autistic severity and family functioning influence parental stress in caregivers of children with autism spectrum disorder in China? The important role of parental self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 14, 956637. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.956637>
- Klintwall, L., Holm, A., Eriksson, M., Carlsson, L. H., Olsson, M. B., Hedvall, A., Gillberg, C., & Fernell, E. (2011). Sensory abnormalities in autism. A brief report. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 795-800. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.10.021>

- Krasny-Pacini, A., & Evans, J. (2018). Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation : A practical guide. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(3), 164-179. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.12.002>
- Lambert, J., & Poulain, J. P. (2002). Les apports des sciences sociales et humaines à la compréhension des comportements alimentaires. *La santé de l'homme*, 21-24.
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004110>
- Lecoufle, A., & Leseq-Lambre, E. (2016). Les troubles de l'oralité alimentaire et l'orthophonie. *L'orthophoniste*, 364. <https://docplayer.fr/77152901-Les-troubles-de-l-oralite-alimentaire-et-l-orthophonie.html>
- Lee, J. B., & Cherney, L. R. (2018). Tau-U : A Quantitative Approach for Analysis of Single-Case Experimental Data in Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(1S), 495-503. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-16-0197
- Luisier, A.-C., Clerc Bérode, A., Bensafi, M., & Petitpierre, G. (2019). L'éducation à l'alimentation dans le trouble du spectre de l'autisme. *Enfance*, 2(2), 201-222. <https://doi.org/10.3917/enf2.192.0201>
- Magerotte, G., & Willaye, É. (2010). Chapitre 8. Augmenter la probabilité d'apparition des comportements. In *Intervention comportementale clinique* (p. 113-123). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/intervention-comportementale-clinique--9782804117719-p-113.htm>
- Malhi, P., Saini, S., Bharti, B., Attri, S., & Sankhyan, N. (2021). Sensory Processing Dysfunction and Mealtime Behavior Problems in Children With Autism. *Indian Pediatrics*, 58(9), 842-845.
- Manzanarez, B., Garcia, S., Iverson, E., Lipton-Inga, M. R., & Blaine, K. (2021). Lessons in Adapting a Family-Based Nutrition Program for Children With Autism. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 53(12), 1038-1047. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2021.09.003>

- Marcinechová, D., Záhorcová, L., & Lohazerová, K. (2023). Self-forgiveness, Guilt, Shame, and Parental Stress among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Current Psychology (New Brunswick, N.j.)*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04476-6>
- Maurice, A. (2015). Manger à la maison sous le poids des normes. Les négociations familiales autour de l'alimentation. *Revue internationale de l'éducation familiale*, 37(1), 115-136. <https://doi.org/10.3917/rief.037.0115>
- Mikolajczak, M. (2015). Chapitre 1. Du stress d'être parent.... In *Stress et défis de la parentalité* (p. 13-39). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.rokam.2015.01.0013>
- Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2021, mars 16). *La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022)*. <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement-2018-2022>
- Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B., & Baixauli, I. (2019). Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies. *Frontiers in Psychology*, 10, 464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00464>
- Monfort, M., & Juárez Sanchez, A. (2000). L'intervention centrée sur l'interaction familiale dans le cas de troubles graves de développement du langage. *Rééducation Orthophonique*, 203.
- Mottrie, C., Moureau, A., Duret, I., & Delvenne, V. (2022). Troubles des conduites alimentaires et périnatalité. *Périnatalité*, 14(1), 34-40. <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0148>
- Mourgela, V., & Clément, C. (2019). Déterminants, freins et perspectives de l'implantation d'une formation à distance pour les parents d'enfants avec autisme. L'exemple du programme L'ABC du comportement d'enfant ayant un TSA : des parents en action ! *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 87(3), 109-127. <https://doi.org/10.3917/nresi.087.0109>
- Nader-Grosbois, N., & Cappe, É. (2015). Chapitre 8. Être parent d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme : Du stress... à une vie de meilleure qualité. In *Stress*

- et défis de la parentalité* (p. 169-188). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.rokam.2015.01.0169>
- Nadon, G., Feldman, D. E., Dunn, W., & Gisel, E. (2011). Mealtime problems in children with Autism Spectrum Disorder and their typically developing siblings : A comparison study. *Autism, 15*(1), 98-113. <https://doi.org/10.1177/1362361309348943>
- Périchon, J., & Gonnot, S. (2021). Le Partenariat-Parental en Orthophonie : Proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'orthophoniste, 406*, 19-23.
- Postorino, V., Sanges, V., Giovagnoli, G., Fatta, L. M., De Peppo, L., Armando, M., Vicari, S., & Mazzone, L. (2015). Clinical differences in children with autism spectrum disorder with and without food selectivity. *Appetite, 92*, 126-132.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.016>
- Prudhon, E. (2011). Repas et Autisme : Une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *le Bulletin scientifique de l'arapi*.
- Prudhon, E. (2017). Les oralités : Oralité alimentaire et Troubles du Spectre Autistique. *Rééducation Orthophonique, 271*, 171-190.
- Prudhon Havard, E., Carreau, M., & Tuffreau, R. (2009). Les troubles sensoriels : Impact sur les troubles alimentaires. *le Bulletin scientifique de l'arapi, 23*, 55-58.
- Quiban, C. (2020). Addressing Needs of Hospitalized Patients With Autism : Partnership With Parents. *Critical Care Nursing Quarterly, 43*(1), 68-72.
<https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000292>
- Rochedy, A. (2018). *Autismes et socialisations alimentaires : Particularités alimentaires des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme et ajustements parentaux pour y faire face* [Thèse de sociologie, Université Toulouse Jean Jaurès]. Elsevier.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067217301189>
- Rogé, B. (2014). Les interventions éducatives dans l'autisme auprès des enfants et des jeunes. In *À la découverte de l'autisme* (p. 157-175). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.yvon.2014.01.0157>

- Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., Guo, M., & Dawson, G. (2012). Effects of a Brief Early Start Denver Model (ESDM)–Based Parent Intervention on Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorders : A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(10), 1052-1065. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.003>
- Senez, C. (2010). La guidance parentale sur le plan de la déglutition et de l'alimentation de l'enfant avec une nutrition entérale à domicile. *Rééducation Orthophonique*, *48*(242), 85-93.
- Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., Nuhu, N. N., Marvel, E., Saulnier, C. A., Klin, A., Jones, W., & Jaquess, D. L. (2013). Feeding Problems and Nutrient Intake in Children with Autism Spectrum Disorders : A Meta-analysis and Comprehensive Review of the Literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(9), 2159-2173. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1771-5>
- Sharp, W. G., Burrell, T. L., Berry, R. C., Stubbs, K. H., McCracken, C. E., Gillespie, S. E., & Scahill, L. (2019). The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education : A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Pediatrics*, *211*, 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.046>
- Sharp, W. G., Burrell, T. L., & Jaquess, D. L. (2014). The Autism MEAL Plan : A parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, *18*(6), 712-722. <https://doi.org/10.1177/1362361313489190>
- Stanciu, R., & Delvenne, V. (2016). Traitement de l'information sensorielle dans les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *64*(3), 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.02.002>
- Strauss, K., Servadio, M., Valeri, G., Casula, L., Vicari, S., & Fava, L. (2024). Association between child behavioural problems and parenting stress in autism spectrum disorders : The role of parenting self-efficacy. *International Journal of Developmental Disabilities*, *70*(1), 49-58. <https://doi.org/10.1080/20473869.2022.2052417>

- Suarez, M., & Crinion, K. (2015). Food Choices of Children With Autism Spectrum Disorders. *International Journal of School Health*, 2. <https://doi.org/10.17795/intjsh-27502>
- Tan, W. Y., Hamzaid, N. H., & Ibrahim, N. (2023). Parental Perceptions on the Importance of Nutrients for Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and the Coping Strategies : A Qualitative Study. *Nutrients*, 15(7), 1608. <https://doi.org/10.3390/nu15071608>
- Tardif, C., & Gepner, B. (2019). *L'autisme*. Dunod. <https://www.cairn.info/l-autisme--9782100790708-p-11.htm>
- Vander Haegen, M., Etienne, A.-M., & Flahault, C. (2022). Première étude des qualités psychométriques de la version française du questionnaire d'inquiétudes parentales (QIPS-R15) dans le cadre d'une maladie chronique pédiatrique. *European Review of Applied Psychology*, 72(5), 100765. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2022.100765>
- Vannest, K., Parker, R. I., Gonen, O., & Adiguzel. (2016). *Tau-U Calculator*. *Single Case Research*. <http://singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>
- Werba, I., & Lamartiniere, N. B. (2021). Le partenariat-patient dans la pratique orthophonique en France : État des lieux et perspectives. *Glossa*, 58-77.
- Witko, A. (2013). L'intervention précoce en orthophonie : Complémentarité des thérapies directes et indirectes. *Langage et pratiques*, 51, 6-17.
- Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., & Stuart, E. A. (2013). The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(6), 1380-1393. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1693-7>

Annexes

Annexe A: Questions de la mesure répétée sur le stress parental.....	1
Annexe B: Extrait du recueil du panel alimentaire sur une semaine.....	2
Annexe C: Traduction du BAMBI (Deltombe, 2021).....	3
Annexe D: Questionnaire de satisfaction (Sharp et al., 2019).....	4
Annexe E: Carnet de bord du protocole d'accompagnement parental (Sharp et al., 2014)	5
Annexe F: Affiche « Aménager le repas » pour la session 3 (Prudhon, 2011)	13
Annexe G: Affiche « Renforçateurs » pour la session 4 (Magerotte & Willaye, 2010)	14
Annexe H: Affiche « Communication efficace » pour la session 5 (ANESM, 2017; CHU Sainte-Justine, 2017).....	15
Annexe I: Tableaux de l'évolution des mesures du critère de jugement pour les familles des deux sujets	16
Annexe J: Détails de l'évolution du panel alimentaire pour chaque sujet selon les phases...17	
Annexe K: Evolution des scores des comportements défis pendant les repas (BAMBI, Deltombe, 2021).....	18
Annexe L: Détails des scores au questionnaire de satisfaction.....	19

Annexe A: Questions de la mesure répétée sur le stress parental

1. Cette semaine je me suis senti(e) stressé(e) lors des repas avec mon enfant :

Pas du tout				Extrêmement
1	2	3	4	5

2. Cette semaine, je me suis senti(e) inquiet(e) que mon enfant ne mange pas assez/
n'ait pas le nécessaire en besoins nutritionnels :

Pas du tout				Extrêmement
1	2	3	4	5

3. Je me suis senti(e) efficace pour aider mon enfant avec ses problèmes d'alimentation
lors des repas cette semaine :

Pas du tout				Extrêmement
1	2	3	4	5

Annexe B: Extrait du recueil du panel alimentaire sur une semaine

Liste des aliments que votre enfant peut manger et boire en une semaine pour chaque repas (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner). Vous pouvez inscrire les noms des aliments et éventuellement leur nombre, et leur marque si c'est toujours la même.

	Eau et boissons non sucrées (1)	Légumes	Fruits	Féculents (2)	Viande, volaille, poisson, œufs, légumineuses, alternatives végétales (3)	Produits laitiers (4)	Fruits à coques et graines (5)	Matières grasses ajoutées (6)	Produits gras, salés et/ou sucrés, viandes transformées, boissons sucrées (7)
Lundi									

Exemples d'aliments selon les catégories :

- (1) Eau, thé, café
- (2) Pommes de terre, pâtes, riz, pain, semoule...
- (3) Viande (porc, bœuf, volaille, mouton...), poisson et fruits de mer, lentilles, pois chiches, tofu...
- (4) Lait, fromage, yaourt (et alternatives végétales)
- (5) Noix, noisettes amandes...
- (6) Huile, beurre...
- (7) Bonbons, chocolat, gâteaux, chips, boissons sucrées (sodas, jus de fruits...), sel, viande transformée (saucisson...)...

Annexe C: Traduction du BAMBI (Deltombe, 2021)

BAMBI : Inventaire sommaire des comportements alimentaires des enfants autistes.

	À chaque repas, ou presque	Souvent	Occasionnellement	Rarement	Jamais/Presque jamais
Mon enfant ...					
1. pleure ou crie lors des repas.	1	2	3	4	5
2. détourne la tête ou le corps de la nourriture.	1	2	3	4	5
3. reste assis à table jusqu'à la fin du repas.	1	2	3	4	5
4. recrache sa nourriture.	1	2	3	4	5
5. est agressif lors des repas.	1	2	3	4	5
6. affiche un comportement d'automutilation lors des repas (par ex: se mordre, se griffer ou se frapper)	1	2	3	4	5
7. perturbe les repas.	1	2	3	4	5
8. maintient sa bouche fermée quand on lui présente de la nourriture.	1	2	3	4	5
9. s'adapte bien aux routines liées aux repas.	1	2	3	4	5
10. est prêt à goûter de nouveaux aliments.	1	2	3	4	5
11. n'aime pas certains aliments et refuse de les manger.	1	2	3	4	5
12. refuse de manger des aliments qui nécessitent une longue mastication.	1	2	3	4	5
13. préfère manger les mêmes aliments à chaque repas.	1	2	3	4	5
14. préfère les aliments « croquants ».	1	2	3	4	5
15. accepte ou préfère les aliments variés.	1	2	3	4	5
16. préfère que la nourriture soit servie d'une manière spécifique.	1	2	3	4	5
17. préfère exclusivement les aliments sucrés.	1	2	3	4	5
18. préfère que sa nourriture soit préparée de manière spécifique.	1	2	3	4	5

Annexe D: Questionnaire de satisfaction (Sharp et al., 2019)

Adaptation du questionnaire de Taux de satisfaction du MEAL PLAN

Veillez entourer le chiffre que vous trouvez le plus adapté sachant que 1=pas du tout d'accord et 5=tout à fait d'accord

Je suis satisfait(e) du protocole d'accompagnement parental	1	2	3	4	5
Il y a des avantages à recevoir des recommandations à domicile	1	2	3	4	5
Lesquelles :					
Ma famille continuera d'appliquer les recommandations de ce programme	1	2	3	4	5
Le contenu et le matériel utilisés lors du protocole en individuel étaient appropriés et utiles	1	2	3	4	5
Je recommanderais ce protocole d'accompagnement parental à un(e) ami(e) s'il/elle avait besoin d'une aide similaire	1	2	3	4	5
J'ai trouvé pertinent de bénéficier d'un accompagnement parental plutôt qu'une prise en soin directe (Soin individuel de l'enfant par l'intermédiaire d'un clinicien)	1	2	3	4	5
La durée du protocole était appropriée pour répondre à mes besoins ou à ceux de mon enfant	1	2	3	4	5
Remarques :					

Annexe E: Carnet de bord du protocole d'accompagnement parental (Sharp et al., 2014)

SESSION 1 (Au cabinet sans votre enfant)
<ul style="list-style-type: none"> • Date du jour : • Quels sont vos besoins ? • Vos attentes concernant cette intervention ? Donnez deux ou trois objectifs • Etat actuel de votre enfant : <p><u>A distribuer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BAMBI traduction française Questionnaire sur le comportement lors du repas (Deltombe, 2021) ○ Inventaire alimentaire de l'enfant ○ Relevé des comportements défis

FIXER DES OBJECTIFS : La sélectivité alimentaire de votre enfant						
Féculents	Viandes	Légumes	Fruits	Matières grasses	Laitages	Ingrédients Bonus

Remarques =

Objectifs (« que voulez-vous que votre enfant mange ? »)

FIXER DES OBJECTIFS: Comportements défis de votre enfant			
Le comportements défis	Sévérité (légère, moyenne, sévère)	Le nombre sur 7 jours	La fonction du comportement défis

Remarques:

SESSION 2

Date du jour :

Sujets abordés :

- Types de problèmes alimentaires qu'il existe dans les TSA

Définition du trouble de l'oralité alimentaire selon Goday et al., (2019) + explications des particularités motrices, cognitives, sociales et sensorielles des enfants avec TSA (Prudhon, 2017).

- Antécédents et Conséquences affectant l'alimentation

*Sélectivité alimentaire : toucherait jusqu'à 95% des enfants autistes (Sharp et al., 2019)
Comportements défaits : comportements agressifs et/ou perturbateurs ont une prévalence élevée chez les enfants TSA impactant la vie sociale de la famille et la vie de l'enfant (Allen et al., 2022)*

- La modélisation

Donner le bon modèle à l'enfant

- Stress parental dû aux difficultés alimentaires

Conséquences sur le schéma familial, sentiment de compétences parentales

- Un comportement = Antécédent/comportement/conséquence

- Travail à domicile : sélection d'une des cibles pour l'intervention

- Noter les 3 questions sur le stress parental

SESSION 3

Date du jour :

Sujets abordés :

- Routine et cohérence sont-elles nécessaires ? horaires, lieu et durée des repas

Particularités autistiques : intolérances aux changements, adhésion inflexible à des routines selon le DSM5 (American Psychiatric Association, 2015)

Selon la HAS, il est recommandé d'adapter l'environnement avec un cadre spatio-temporel bien délimité, d'adapter l'ambiance lumineuse et sonore (HAS, 2012).

- Fournir la plaquette : "aménager le repas" et en discuter (Prudhon, 2011)

- Contrôler la consommation de votre enfant

- Suivi du comportement de votre enfant pendant les repas : Tableau ABC et définitions comportementales

Selon la HAS, anticiper les situations où les comportements de l'enfant vont poser problème, permettrait d'avoir un meilleur contrôle dessus (HAS, 2012).

A pour antécédents, B pour behavior (comportements), C pour conséquences : apprendre à décrire un comportement de façon observable, identifier ce qui augmente l'apparition des comportements défaits, comprendre le rôle des conséquences dans le maintien de ce comportement ou non (Ilg et al., 2016)

Les interventions comportementales se basent sur une analyse du comportement de l'enfant pour comprendre ce qui les influence et développer des stratégies pour les modifier (HAS, 2012)

Motivation	
Antécédent	
Comportement	
Conséquence	

- Travail à domicile : Tableau ABC - suivi de l'interaction au moment des repas
- Noter les 3 questions sur le stress parental

SESSION 4	
<p>Date du jour :</p> <p>Sujets abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les renforçateurs <p><i>Le renforcement est un item qui, délivré après un comportement, augmente la probabilité de réapparition de celui-ci (Rogé, 2014)</i></p> <p><i>ATTENTION : il faut donner le renforçateur immédiatement après le comportement à renforcer et à chaque fois (Magerotte et al., 2014, p. 3)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournir la plaquette : “renforçateurs” et en discuter (Magerotte & Willaye, 2010, p. 8) <ul style="list-style-type: none"> • Les types de renforçateurs <p><i>Idées de renforçateurs pour votre enfant :</i></p>	
Activités	
Sociaux	
Intermédiaires	
Aliments	
<ul style="list-style-type: none"> • Commenter ensemble le tableau ABC rempli, répondre aux questions ○ Travail à domicile : : repérer le bon comportement de votre enfant pendant les repas et le filmer ○ Noter les 3 questions sur le stress parental 	

SESSION 5

Date du jour :

Sujets abordés :

- Stratégies générales pour une communication et des consignes efficaces avec votre enfant
- Fournir la plaquette : “communication efficace” et en discuter (CHU Sainte-Justine : centre hospitalier universitaire mère-enfant, 2017) (ANESM, 2017)
- Regarder le film et commenter ensemble :

Les bons comportements de l'enfant	Les comportements défis

- Travail à domicile : repérer et remplacer les « ordres » inefficaces par des ordres efficaces et se filmer
- Noter les 3 questions sur le stress parental

SESSION 6

Date du jour :

Sujets abordés :

- L'ignorance sélective et l'attention différentielle

DEF : “Les comportements dont la fonction semble être de rechercher le contact de manière inadaptée font l'objet d'un retrait d'attention de manière à ne pas être renforcés.” (Rogé, 2014, p. 168)

Le but : distribuer l'attention en regard de la sévérité du comportement défis

- Donner le renforçateur au bon moment (combien de fois durant le repas ?)
- Retrait du renforcement positif

Les renforçateurs alimentaires sont utilisés seulement au début de l'apprentissage d'un comportement, ils doivent être délaissés rapidement pour laisser place à d'autres types de renforçateurs (Magerotte et al., 2014, p. 3). Il est recommandé de passer rapidement à des renforçateurs sociaux et liés à l'activité (Rogé, 2014). Diminution en fréquence et en intensité puis retrait du renforçateur

Dès que le comportement désiré est souvent présent, pensez à diminuer petit à petit l'utilisation des renforçateurs, jusqu'à ne les utiliser plus que de temps en temps : c'est le renforcement intermittent (Magerotte et al., 2014, p. 3)

- Regarder le film et commenter les ordres efficaces/inefficaces :

Ce qui a été efficace :	Ce qui n'a pas marché :

- Travail à domicile : s'entraîner à l'ignorance sélective et se filmer

- Noter les 3 questions sur le stress parental

SESSION 7

Date du jour :

Sujets abordés :

- Modification de la taille des bouchées, de la variété des repas et de la texture des aliments (modification de l'antécédent : présentation de l'aliment)

Comment présenter l'aliment ? En petits morceaux, directement dans les cuillères devant l'enfant, en entier ?

- Présentation simultanée et séquentielle des aliments (modification de l'antécédent)
- Séquences d'instruction à haute probabilité :

Marichal (2004) : A la suite de consignes engendrant un taux élevé de compliance, si on renforce le comportement produit et plaisant pour l'enfant alors la compliance pourrait se transférer pour des consignes que l'enfant refuse habituellement.

On va donc proposer une séquence à haute probabilité d'apparition chez l'enfant juste avant une séquence à basse probabilité d'apparition

- Regarder le film et commenter l'ignorance sélective et la réaction de l'enfant :

Actions faites par le parent	Réactions de l'enfant

- Travail à domicile : introduction de nouveaux aliments lors d'un repas et se filmer
- Noter les 3 questions sur le stress parental

SESSION 8

Date du jour :

Sujets abordés :

- Stratégies d'incitation

Comment inciter l'enfant à aller vers l'alimentation :

- *Guidance physique (on aide physiquement pour avoir le bon comportement)*
- *Guidance imitative (on donne le modèle)*
- *Guidance gestuelle (on produit un geste qui aide à avoir le bon comportement)*
- *Guidance verbale (incitation orale)*
- *Guidance visuelle (supports visuels : photos, pictos, images)*
- *Guidance environnementale (adaptation du matériel)*

- Séquence d'incitation : Le chaînage et le façonnement (Cooper et al., 2014)

DEF façonnement : On façonne le comportement du patient vers un comportement terminal par des approximations successives. Il suffit de renforcer successivement les comportements présents qui ressemblent au comportement désiré.

Intérêt : Il permet d'aider les patients à acquérir de nouveaux comportements qui ne peuvent pas être guidés ou que l'on ne souhaite pas guider pour qu'ils soient produits plus spontanément

Exemple de façonnement : Production de la parole
ETAPE 1 : Renforcer le mouvement des lèvres
ETAPE 2 : Renforcer la production sonore
ETAPE 3 : Renforcer la production de mots
Etapes 4 : Renforcer la production de phrases
<p><i>DEF chaînage : On divise un comportement complexe en plus petites unités, on décompose un comportement en 4 étapes par exemple = la réussite d'une étape constitue un renforçateur pour l'étape d'après, amenant à un renforçateur final lorsque le comportement est réussi en entier</i></p> <p><i>Intérêt : permettre aux personnes d'être plus autonome, de fonctionner davantage par eux-mêmes, permet d'ajouter des comportements adaptés aux répertoires des comportements d'une personne</i></p> <p><i>Le chaînage avant : on commence par le premier comportement de la séquence : on donne un renforcement quand la première étape définie pour réaliser le comportement final est réalisée. Ensuite on donne le renforcement quand les étapes 1+2 sont réalisées ect</i></p> <p><i>Le chaînage arrière : on commence par travailler le dernier comportement d'une séquence : toutes les étapes en amont sont faites par le parent à part la dernière. C'est à l'enfant de la faire et il obtient un renforcement si la séquence est exécutée. Ensuite un renforcement est fourni quand la dernière étape + l'avant dernière étape sont réussies ect</i></p>
Exemple de chaînage : Se laver les mains
ETAPE 1 : Ouvrir le robinet
ETAPE 2 : Prendre du savon
ETAPE 3 : Frotter les mains
Etapes 4 : Rincer les mains
Etape 5 : Fermer le robinet
Etape 6 : S'essuyer les mains
<ul style="list-style-type: none"> ○ Se filmer en enseignant par étape et en renforçant ○ Noter les 3 questions sur le stress parental

SESSION 9
<p>Date du jour :</p> <p>Sujets abordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi des progrès • Que faut-il observer en cas de problème ? <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

- Considérations diététiques sur demande
- Regarder le film sur une séquence d'incitation en 4 étapes et la commenter

Autocritique du parent	Analyse avec l'orthophoniste

- Noter les 3 questions sur le stress parental
- A distribuer :
 - BAMBI traduction française Questionnaire sur le comportement lors du repas (Deltombe, 2021)
 - Inventaire alimentaire de l'enfant
 - Relevé des comportements défaits
 - Adaptation du questionnaire de Taux de satisfaction du MEAL PLAN

SESSION 10 (Au cabinet sans votre enfant)

Date du jour :

Sujets abordés :

- Généralisation des gains de l'intervention
 - Discussion de la satisfaction de cette intervention
 - Est-ce que cela a répondu à vos besoins ?
- Collecter les post tests T2
 - Noter les 3 questions sur le stress parental

Synthèse des objectifs fixés : La sélectivité alimentaire de votre enfant

4 aliments dans chaque catégorie en 15 jours :

Féculents	Viandes	Légumes	Fruits	Matières grasses	Laitages	Ingrédients Bonus

Remarques =

Objectifs (« que voulez-vous que votre enfant mange ? »)

Synthèse des objectifs fixés : Comportements défis de votre enfant			
Le comportements défis	Sévérité (légère, moyenne, sévère)	Le nombre sur 7 jours	La fonction du comportement défis

Remarques:

Bibliographie du protocole :

- Allen, K., Harrington, J., Quetsch, L. B., Masse, J., Cooke, C., & Paulson, J. F. (2022). Parent-Child Interaction Therapy for Children with Disruptive Behaviors and Autism : A Randomized Clinical Trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05428-y>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.; 5e éd). Elsevier Masson.
- ANESM. (2017). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les « comportements-problèmes » : Prévention et réponses* (Volet 1 et 2). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_anesm_synthese-outils_rbpp-2.pdf
- Cappe, É., Poirier, N., Boujut, E., Nader-Grosbois, N., Dionne, C., & Boulard, A. (2016). Trouble du spectre de l'autisme et évaluation du stress perçu des parents et des professionnels : Étude des propriétés psychométriques d'une adaptation francophone de l'Appraisal of Life Event Scale (ALES-vf). *L'Encéphale*, 43. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.08.001>
- CHU Sainte-Justine : Centre hospitalier universitaire mère-enfant. (2017). *La communication chez l'enfant autiste non verbal ou peu verbal*. <https://www.chusj.org/fr/soins-services/T/Trouble-du-spectre-de-l-autisme/Outils-et-conseils/La-communication/Enfant-autiste-non-verbal>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2014). *Applied Behavior Analysis* (Pearson New International Edition).
- Deltombe, C. (2021). *Traduction en français et validation de l'échelle «Brief Autism Mealtime Behavior Inventory» afin de permettre son utilisation auprès d'une population d'enfants âgés de 3 à 12 ans porteurs de troubles de la sphère autistique* [Sciences de la santé publique, Liège université Médecine]. <https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/12804/4/MEMOIRE%20Charlotte%20Deltombe.pdf>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (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>
- HAS. (2012). *Recommandations de bonne pratique : Autisme et autres troubles envahissants du développement : Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent
- Ilg, J., Rousseau, M., & Clément, C. (2016). *Programme L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA: des parents en action*. Collections de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.
- Magerotte, G., Deprez, M., & Montreuil, N. (2014). Chapitre 3. Augmenter un comportement. In *Pratique de l'intervention individualisée* (p. 81-97). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/pratique-de-l-intervention-individualisee--9782804176129-p-81.htm>
- Magerotte, G., & Willaye, É. (2010). Chapitre 8. Augmenter la probabilité d'apparition des comportements. In *Intervention comportementale clinique* (p. 113-123). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/intervention-comportementale-clinique--9782804117719-p-113.htm>
- Marichal, C. (2004). *Etude de la correspondance du traitement à haute probabilité au modèle du moment comportemental* [Mémoire de psychologie]. Université Charles de Gaulle.
- Prudhon, E. (2011). Repas et Autisme : Une évaluation nécessaire pour des aménagements indispensables. *le Bulletin scientifique de l'arapi*.
- Prudhon, E. (2017). Les oralités : Oralité alimentaire et Troubles du Spectre Autistique. *Rééducation Orthophonique*, 271, 171-190.
- Rogé, B. (2014). Les interventions éducatives dans l'autisme auprès des enfants et des jeunes. In *À la découverte de l'autisme* (p. 157-175). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.yvon.2014.01.0157>
- Sharp, W. G., Burrell, T. L., Berry, R. C., Stubbs, K. H., McCracken, C. E., Gillespie, S. E., & Scahill, L. (2019). The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education : A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Pediatrics*, 211, 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.046>

AMÉNAGER LE REPAS



Attention aux stimulations:

- auditives
- olfactives
- visuelles
- Tactiles

CONSEILS



Mettre en place des routines:

- Timer timer, menu visuel avec des pictogrammes, emploi du temps, organisation du repas, expliquez le repas à l'enfant, heures fixes

Évitez les distracteurs pour être dans un temps calme:

- télévision, téléphone, parlez le plus possible à votre enfant

Utilisez des couverts agréables pour lui:

- une assiette compartimentée, un set de table unique et antidérapant, assiettes creuses, couverts adaptés avec un manche rond



NE PAS OUBLIER

- Félicitez et récompensez votre enfant !
- La durée du repas ne dépasse pas 30 min
- Créer un contexte le plus prédictible possible pour votre enfant

INSTALLATION

- Vous et votre enfant devaient être confortablement installés
- Appui du dos sur la chaise, des pieds sur le sol ou marchepieds
- Table à hauteur des coudes
- Appui des avants bras



Emma Bucci 2023

Les renforçateurs



Quel est le but ?

On veut augmenter l'apparition d'un comportement

Quand ?

Immédiatement après la réponse à renforcer

SOCIAUX

- Félicitations
- Sourire
- Bisous
- Contacts corporels



Faciles à administrer, naturels, ne provoquent pas l'arrêt du comportement renforcé

ALIMENTAIRES

- Nourriture
- Boissons
- friandises
- crème glacée
- ETC



ACTIVITES

Activités que votre enfant entreprend avec plaisir:

- Manipuler un instrument
- Sortir dans le jardin
- écouter une comptine



Renforçateurs intermédiaires

Ce sont des moyens d'obtenir un autre renforçateur:

- Economie de jetons, de points, d'étoiles, de pièces de puzzle



Emma Bucci 2023

COMMUNICATION EFFICACE AVEC SON ENFANT AYANT UN TSA

- 1** Utiliser un moyen de communication adapté à la personne
LES GESTES: Très concrets et accessibles pour l'enfant
LES SUPPORTS VISUELS: objets, photos, pictos
- 2** Etre précis dans son expression
Une consigne à la fois, simple, positive et courte
Phrases courtes et simples
- 3** Encourager le contact visuel
Se mettre à sa hauteur, face à lui, mettre l'objet qu'il aime près des yeux, rassurer et calmer
- 4** Créer un environnement propice à la communication
Fiche sur l'aménagement du repas
- 5** Utiliser un vocabulaire concret et courant, éviter la négation, les familiarités, les expressions imagées
- 6** Observer et comprendre le comportement non verbal
- 7** Adopter un ton ferme sans hausser la voix



Emma Bucci 2023

Annexe I: Tableaux de l'évolution des mesures du critère de jugement pour les familles des deux sujets

Tableau 1

Evolution de la mesure des trois questions du critère de jugement selon les phases chez la mère du sujet 1

		Q1	Q2	Q3
PHASE A1	Mesure 1	1	3	2
	Mesure 2	2	3	2
	Mesure 3	2	3	1
	Mesure 4	3	3	3
PHASE B	Mesure 5	3	3	3
	Mesure 6	2	2	3
	Mesure 7	2	2	3
	Mesure 8	1	2	2
	Mesure 9	1	2	2
	Mesure 10	1	3	3
	Mesure 11	1	2	3
	Mesure 12	1	2	3
	Mesure 13	1	1	3
PHASE A2	Mesure 14	1	1	4
	Mesure 15	1	1	4
	Mesure 16	1	1	4
	Mesure 17	1	1	4

Tableau 2

Evolution de la mesure des trois questions du critère de jugement selon les phases chez les parents du sujet 2

		Q1	Q2	Q3
PHASE A1	Mesure 1	3	3	1
	Mesure 2	3	4	2
	Mesure 3	3	3	1
	Mesure 4	4	4	1
PHASE B	Mesure 5	3	3	1
	Mesure 6	3	4	2
	Mesure 7	3	3	3
	Mesure 8	2	3	3
	Mesure 9	2	2	3
	Mesure 10	2	2	3
	Mesure 11	1	2	3
	Mesure 12	1	1	3
	Mesure 13	1	2	4
PHASE A2	Mesure 14	1	2	3
	Mesure 15	1	2	4
	Mesure 16	2	2	4
	Mesure 17	2	1	4

Annexe J: Détails de l'évolution du panel alimentaire pour chaque sujet selon les phases

Tableau 3

Evolution de la diversité du panel alimentaire selon les phases pour chaque sujet

	Nombre total d'aliments ingérés			Nombre d'aliments différents		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Sujet 1	36	36	48	14	12	23
Sujet 2	69	62	57	26	19	25

Tableau 4

Détails des aliments différents ingérés par le sujet 1 à gauche et par le sujet 2 à droite durant 7 jours selon le temps d'évaluation

	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Citronnade	X	X	X			
Cornichon	X	X	X			
Concombre			X			
Olive			X			
Radis			X			
Poire		X	X			
Pomme	X		X			
Fraise	X					
Cracotte®	X	X	X			
Semoule	X					
Pâtes	X	X				
Riz			X			
Saucisson			X			
Jambon de dinde			X			
Biberon lait	X	X	X			
Yaourt			X			
Amandes	X	X	X			
Noisettes			X			
Beurre		X				
Huile	X		X			
Chocos	X	X	X			
Smarties	X	X	X			
Chips maïs	X		X			
Mikado		X				
Oréo			X			
Grenadine	X	X	X			
Sirop de fraise			X			
Sirop de citron			X			
Eau	X	X	X			
Pot avec aubergine	X					
Pot haricots verts	X	X				
Pot avec patate douce	X					
Pot avec carotte	X	X				
Pot avec potiron		X				
Légumes dans plat			X			
Pot ratatouille			X			
Banane	X	X	X			
Compote	X	X	X			
Pain	X	X	X			
Pâtes	X	X	X			
Boulgour	X	X				
Pommes de terre	X	X				
Frites			X			
Pot truite	X					
Poulet nuggets	X	X	X			
Pot cabillaud	X	X				
Bœuf	X	X	X			
Pot pintade	X					
Pot poulet		X				
Boulettes de viande			X			
Bolognaise			X			
Biberon	X	X	X			
Yaourt nature	X	X	X			
Yaourt myrtille	X					
Yaourt vanille	X	X	X			
Yop	X					
Boursin			X			
Yaourt citron			X			
Yaourt fraise			X			
Yaourt coco			X			
Yaourt abricot			X			
Huile d'olive	X	X	X			
Biscuit	X	X	X			
Cake	X					
Gâteau	X		X			
Brioche	X		X			
Madeleine			X			

Tableau 5

Calcul du pourcentage d'aliments nouveaux à T2 pour les deux sujets

	Nombre d'aliments nouveaux à T2 présents ni à T0 ni à T1	Nombre d'aliments différents à T2	Pourcentage de nouveaux aliments à T2 par rapport au nombre total d'aliments différents
Sujet 1	11	23	47,82%
Sujet 2	11	25	44%

Annexe K: Evolution des scores des comportements défis pendant les repas (BAMBI, Deltombe, 2021)

Tableau 6

Evolution des comportements défis du sujet 1 selon les temps d'évaluation et pourcentages d'évolution

	T0	T1	T2
Le refus	17	18	14
La variété	34	32	33
L'autisme	11	11	10
Total	62	61	57
	T0/T1	T0/T2	T1/T2
% d'évolution du score total	-1,61%	-8,06%	-6,56%

Tableau 7

Evolution des comportements défis du sujet 2 selon les temps d'évaluation et pourcentages d'évolution

	T0	T1	T2
Le refus	14	16	17
La variété	22	23	25
L'autisme	16	13	14
Total	52	52	56
	T0/T1	T0/T2	T1/T2
% d'évolution du score total	0,00%	7,69%	7,69%

Annexe L: Détails des scores au questionnaire de satisfaction

Tableau 8

Scores obtenus à chaque question pour le questionnaire parental de satisfaction à T2 chez les deux sujets

	Sujet 1	Sujet 2
Q1	4	5
Q2	4	5
Q3	4	5
Q4	4	4
Q5	4	5
Q6	2	4
Q7	4	3