



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

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



N° de mémoire 2337

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

CUBERLI Emma

**Introduction précoce de morceaux avec une approche
d'alimentation autonome dans le cadre d'un trouble alimentaire
pédiatrique : étude de cas unique**

Mémoire dirigé par

**ABADJIAN Fanny
VICEDOMINI Magalie**

Mémoire évalué par

**VIEUX Mathilde
CHABROUD Agathe**

Année académique

2022-2023

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
Ségolène CHOPARD

Responsables de l'enseignement clinique
Johanne BOUQUAND
Ségolène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche
Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Audran ARRAMBOURG
Sigolène-Victoria CHEVALIER
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
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

Tout au long du développement de l'enfant, l'alimentation fait l'objet de diverses recommandations afin de guider les familles dans la façon dont elles doivent proposer les différents aliments au cours de la petite enfance. En effet, c'est une période durant laquelle les besoins nutritionnels nécessitent d'être encadrés. Il existe notamment de nombreuses indications concernant la diversification alimentaire, qui se déroule traditionnellement avec des purées données à l'enfant à la cuillère. Cependant, depuis plusieurs années, l'introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome constitue une nouvelle façon de réaliser la diversification alimentaire. De nombreuses familles la mettent en place et plusieurs études recensent, chez des enfants sans difficulté de développement, des bénéfices au niveau de l'alimentation. Ainsi, il est intéressant de se demander si ces bienfaits peuvent se retrouver chez des enfants présentant un trouble alimentaire pédiatrique (TAP), qui présentent parfois de grandes difficultés dans la diversification alimentaire. Cette étude de cas unique consiste donc en l'observation de plusieurs repas d'une enfant de huit mois et demi présentant un TAP, en lui proposant des morceaux avec une approche d'alimentation autonome. L'objectif est de voir si certaines compétences et comportements sont améliorés lorsque cette approche d'alimentation est proposée. Après la mise en place de ce mode d'alimentation, la mastication, le comportement alimentaire de l'enfant ainsi que les attitudes et ressentis des parents se sont améliorés dans le cas de cette petite fille. En revanche, la prise alimentaire globale n'a pas augmenté. Cette approche d'alimentation a donc été positive pour aider cette enfant dans ses difficultés. D'autres recherches seraient nécessaires pour poursuivre ce travail et informer les orthophonistes de l'éventuelle pertinence de proposer cette approche en parallèle de la rééducation des patients présentant un TAP.

Mots-clés : orthophonie, trouble alimentaire pédiatrique, petite enfance, introduction précoce, morceaux, alimentation autonome, diversification alimentaire, étude de cas unique

Abstract

Throughout child development, there are various recommendations for feeding to guide families in the way they should offer different foods during infancy. Indeed, it is a period in which nutritional needs must be controlled. In particular, there are many guidelines concerning complementary feeding, which traditionally takes place with purées given to the child with a spoon. However, for several years, the early introduction of pieces with a self-feeding approach has become a new way of carrying out complementary feeding. Many families are implementing this approach and several studies have shown this approach to feeding benefits children with no developmental difficulties. Thus, it is interesting to wonder if these benefits can also be found in children with a pediatric feeding disorder (PFD), who sometimes are in great difficulties with complementary feeding. This unique case study consists of observing several meals of an eight-and-a-half months old child with a PFD, offering her pieces with an independent feeding approach. The objective of this study is to see if certain skills and behaviors are improved when this feeding approach is proposed. After the implementation of this feeding method, chewing, the child's eating behavior as well as the parents' attitudes and feelings have improved in the case of this young girl. However, the overall food intake had not increased. Therefore, this feeding approach helped this child with her difficulties. Further research would be needed to continue this work and to inform speech-language pathologists of the possible relevance of proposing this approach in parallel with the rehabilitation of patients with PFD.

Key words: speech therapy, Pediatric Feeding Disorder, early childhood, early introduction, pieces, self-feeding, complementary feeding, single case study

Remerciements

Un grand merci à vous, mes directrices de mémoire, Fanny Abadjian et Magalie Vicedomini, de m'avoir suivie dans la mise en place de ce projet de mémoire. Merci pour vos précieux conseils et vos avis d'expertes tout au long de cette année.

Un grand merci à C. et sa famille qui ont accepté de participer à ce projet de mémoire. Merci pour le temps que vous y avez passé et pour vos observations ajustées. C., j'espère que ces quelques bâtonnets de carotte et autres fleurettes de chou-fleur t'auront permis de prendre beaucoup de plaisir lors de ces quelques repas et peut-être, qui sait, lors des prochains !

Un grand merci à ma famille et mes amis pour m'avoir soutenue durant ces cinq années d'études et plus particulièrement pendant cette dernière année qui fut bien fournie ! Merci Maman pour m'avoir acheté toutes les vitamines que tu as trouvées sur ton chemin. Merci Ju d'avoir tout simplement été là, toujours.

Un grand merci à mes tous mes maîtres de stage, qui m'ont permis d'acquérir un savoir-faire et un savoir-être professionnels durant ces cinq années et d'avoir désormais plus confiance en moi pour débiter cette nouvelle vie d'orthophoniste ! Plus particulièrement, merci Sarah, merci Charlotte, merci Ludivine, merci Lucie pour ce dernier stage qui n'aurait jamais pu mieux tomber que lors de cette cinquième et dernière année. Merci pour votre partage d'expériences, pour la confiance que vous m'avez accordée, pour votre bienveillance (et aussi pour les sushis).

Et enfin, un grand merci à notre quatuor infernal, sans qui ces années auraient été bien moins sympas. C'était long finalement. C'était bien mais c'était long. Ou c'était long mais c'était bien. A nous de choisir.

Sommaire

I	Partie théorique.....	1
1	Introduction.....	1
2	La diversification alimentaire.....	1
2.1	Définition	1
2.2	Recommandations	2
3	Le trouble alimentaire pédiatrique (TAP).....	4
3.1	Définition	4
3.2	Les signes cliniques du trouble alimentaire pédiatrique	5
4	L'introduction précoce de morceaux et l'alimentation autonome	6
4.1	L'importance de l'introduction précoce des morceaux.....	6
4.2	Les bénéfices apportés par cette introduction précoce de morceaux	7
4.3	L'alimentation autonome.....	8
4.4	Les compétences et prérequis nécessaires pour l'introduction de morceaux.....	9
5	Les rôles de l'orthophoniste dans le cadre d'un trouble alimentaire pédiatrique.....	10
6	Problématique et hypothèses	11
II	Méthode	12
1	Population.....	12
2	Matériel.....	12
2.1	Présentation du projet de mémoire aux familles	12
2.2	Questionnaire d'anamnèse.....	12
2.3	Plaquette d'informations à propos de l'introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome	14
2.4	Grille d'observations des repas	15
2.5	Questionnaire de fin de protocole.....	15
3	Procédure	16
III	Résultats	17
1	Eléments d'anamnèse.....	17
2	Mastication	18

2.1	Première période d'observation.....	18
2.2	Deuxième période d'observation.....	18
3	Comportement alimentaire de l'enfant.....	18
3.1	Première période d'observation.....	18
3.2	Deuxième période d'observation.....	19
4	Attitudes et ressentis des parents.....	19
4.1	Première période d'observation.....	19
4.2	Deuxième période d'observation.....	20
5	Prise alimentaire.....	20
5.1	Première période d'observation.....	20
5.2	Deuxième période d'observation.....	20
6	Réponses au questionnaire de fin de protocole.....	21
7	Observations complémentaires.....	22
IV	Discussion.....	22
1	A propos de la mastication.....	23
2	A propos du comportement alimentaire de l'enfant.....	23
3	A propos des attitudes et ressentis des parents.....	24
4	A propos de la prise alimentaire de l'enfant.....	25
5	Limites et perspectives.....	26
V	Conclusion.....	30
	Liste des références.....	31
	Annexes.....	

I Partie théorique

1 Introduction

Le trouble alimentaire pédiatrique (TAP) concerne environ 25 à 35 % des enfants ayant un développement typique et cette prévalence peut augmenter jusqu'à 80 % pour les enfants présentant une déficience intellectuelle (Saini et al., 2019). Récemment, un consensus a été établi autour d'une définition universelle du TAP, qui est défini par une altération de l'absorption orale alimentaire non-appropriée à l'âge de l'enfant durant au moins deux semaines (Goday et al., 2019). Aujourd'hui, c'est un trouble mieux connu, qui nécessite d'être pris en soin par une équipe pluridisciplinaire, dont les orthophonistes font partie (Barbier, 2014 ; Goday et al., 2019 ; Gosa et al., 2020 ; Guillerme, 2014 ; McComish et al., 2016 ; Milano et al., 2019 ; Ramsay, 2001). Plusieurs signes cliniques sont observés dans ce trouble, dont l'un d'entre eux est la difficulté lors de la diversification alimentaire (Barbier, 2014 ; Grevesse et al., 2020 ; Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2016). Celle-ci est définie par le moment où le nourrisson consomme de nouveaux aliments, tout en conservant une alimentation lactée (Juchet et al., 2014 ; Turck et al., 2015). Traditionnellement, ce sont des aliments sous forme de purées et de compotes qui sont proposés à l'enfant et qui lui sont donnés à la cuillère (Brown et al., 2017 ; Juchet et al., 2014). Cependant, il émerge aujourd'hui dans la littérature une façon novatrice de réaliser cette diversification alimentaire. Il s'agit en effet de proposer des morceaux mous au bébé en le laissant se nourrir seul, sous la surveillance de l'adulte (Brown et al., 2017). Cette approche a montré plusieurs bénéfices chez des enfants présentant un développement sans difficulté. Pour cette raison, l'objectif de ce travail est donc d'étudier cette nouvelle approche d'introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome chez un enfant présentant un TAP, en se demandant si ces bienfaits peuvent se retrouver dans ce type de profil, alors que des difficultés alimentaires sont présentes.

La partie théorique abordera dans un premier temps la diversification alimentaire à travers une définition et les recommandations dont elle fait l'objet. Le TAP sera ensuite précisément défini et ses signes cliniques seront décrits. Puis, la question de l'introduction précoce de morceaux sera traitée. Il s'agira d'expliquer son importance, les bénéfices qu'elle peut apporter ainsi que les compétences requises chez l'enfant pour pouvoir la proposer. Ensuite, la méthodologie employée, à savoir l'étude de cas, sera détaillée. Enfin, l'analyse des résultats sera effectuée avant d'aborder la discussion à propos de ce travail.

2 La diversification alimentaire

2.1 Définition

La diversification alimentaire correspond à la période durant laquelle l'alimentation de l'enfant se modifie. En effet, après avoir exclusivement consommé du lait maternel ou artificiel durant ses premiers mois de vie, l'enfant est exposé à de nouveaux aliments (Juchet et al., 2014 ;

Turck et al., 2015). Concernant la temporalité de ce changement d'alimentation, il existe un consensus à propos d'une « fenêtre de tolérance » aussi appelée « fenêtre d'opportunité », indiquant que la diversification alimentaire doit débuter entre quatre mois révolus et six mois (Juchet et al., 2014 ; Lemarchand et al., 2020 ; Maillier et al., 2019 ; Rochoy et al., 2021 ; Turck et al., 2015). Cette diversification alimentaire est nécessaire pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant qui évoluent (besoins en énergie et en protéines notamment). Elle vise également à prévenir des allergies et certaines maladies, notamment la maladie cœliaque (aussi appelée intolérance au gluten) et le diabète insulino-dépendant (Juchet et al., 2014). La diversification alimentaire passe donc par la découverte de nouvelles textures, jouant un rôle sur le comportement alimentaire ultérieur de l'enfant (da Costa et al., 2017 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018). Par ailleurs, en plus de répondre à des besoins nutritionnels, l'introduction de différentes textures est nécessaire pour un développement optimal des compétences alimentaires et notamment pour la mise en place des mouvements oraux tels que ceux de la langue, des joues ou encore des mâchoires (Lemarchand et al., 2020 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018).

2.2 Recommandations

La notion de diversification alimentaire a été largement définie et fait l'objet de nombreuses recommandations. Celles-ci varient beaucoup selon les recherches (Lemarchand et al., 2020). Lors des premiers mois de vie, les instances internationales conseillent un allaitement exclusif jusqu'à six mois dans la mesure du possible. Ensuite, elles préconisent le début de la diversification alimentaire à partir de cet âge en raison des nouveaux besoins nutritionnels de l'enfant (World Health Organization & UNICEF, 2003). La société européenne de gastroentérologie, d'hépatologie et de nutrition pédiatriques (« European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition », ESPGHAN), quant à elle, suggère un allaitement exclusif durant les quatre premiers mois de vie au moins, et précise qu'il doit être prédominant jusqu'à six mois (Fewtrell et al., 2017).

Généralement, la diversification alimentaire classique commence avec des aliments présentés sous forme de purées qui sont donnés à l'enfant par un adulte, à la cuillère (Brown et al., 2017). Au niveau du contenu, il est recommandé d'introduire les légumes, les féculents (sous forme de purées) et les fruits cuits (sous forme de compotes) à partir de quatre mois révolus. Les viandes, le poisson et les œufs, mixés, peuvent être proposés dès cinq mois (Juchet et al., 2014). Quant aux morceaux, diverses informations apparaissent dans la littérature. Il est recommandé qu'ils soient introduits vers douze mois selon Juchet et al. (2014). En revanche, l'étude de Marduel Boulanger & Vernet (2018) montre que les parents ont tendance à introduire les textures plus épaisses et les morceaux vers neuf mois car ils estiment que leur enfant est prêt à les recevoir. Demonteil et al. (2019) ont révélé que les morceaux étaient largement acceptés dès huit mois et Santé publique France (2022) conseille de les introduire

à cet âge. Selon Illingworth & Lister (1964), un nourrisson devrait même consommer des morceaux à mastiquer dès qu'il détient les compétences nécessaires, c'est-à-dire vers six ou sept mois. Cette même période est aussi évoquée par d'autres auteurs (Ferland, 2014 ; Programme National Nutrition Santé (PNNS), 2004). De plus, il est important de proposer des saveurs et des textures variées à l'enfant (Fewtrell et al., 2017). Par ailleurs, le gluten peut quant à lui être introduit entre quatre et douze mois (selon les différentes études) avec des céréales incorporées dans le lait ou dans les purées (Fewtrell et al., 2017 ; Juchet et al., 2014 ; Turck et al., 2015). En outre, selon Fewtrell et al. (2017), les aliments allergènes semblent pouvoir être introduits au moment où la diversification alimentaire commence, mais ces auteurs précisent que ce doit tout de même être à partir de l'âge quatre mois (ou dix-sept semaines) révolus. Les quatorze aliments allergènes sont les suivants : lait, œuf, arachide, poissons, crustacés, mollusques, céréales contenant du gluten, sésame, fruits à coque, moutarde, céleri, soja, lupin et sulfites (Abadjian & Courrège, 2022). Il est également nécessaire de proposer à l'enfant des aliments riches en fer pour couvrir ses besoins nutritionnels. Pour y subvenir, il est recommandé de continuer à proposer un apport lacté à l'enfant durant cette période de diversification alimentaire (Fewtrell et al., 2017 ; Ghisolfi, 2010 ; Juchet et al., 2014). En effet, l'introduction de nouveaux aliments, associée au maintien de la prise de lait, permet de couvrir complètement les besoins nutritionnels de l'enfant (besoins en fer et en zinc notamment) ainsi que d'avoir les apports adéquats en calcium (Ghisolfi, 2010). A ce propos, la littérature recommande plutôt de privilégier le lait maternel. Si cela est impossible, elle préconise de donner des préparations pour nourrissons avant six mois, des préparations de suite entre six et douze mois et du lait de croissance entre douze et trente-six mois (Ghisolfi, 2010 ; Juchet et al., 2014).

Dans la réalité, plusieurs études montrent que les parents respectent plus ou moins toutes ces recommandations en fonction de leurs croyances et des sources d'informations qu'ils consultent (Clayton et al., 2013 ; Grummer-Strawn et al., 2008 ; Lemarchand et al., 2020 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018 ; Rochoy et al., 2021 ; Schwartz et al., 2011 ; Scott et al., 2009). Cette disparité de pratiques, observée dans les différentes études citées à l'instant, est probablement aussi due au fait qu'il existe aujourd'hui d'autres façons de réaliser la diversification alimentaire de l'enfant. Effectivement, il émerge des études abordant la diversification menée par l'enfant (DME). Dans cette approche, décrite entre autres par Brown et al. (2017), l'enfant se nourrit lui-même avec des aliments texturés adaptés à ses capacités orales, à savoir, des morceaux mous. Le principe est qu'il participe aux repas familiaux et qu'il choisisse ce qu'il mange ainsi que la quantité qu'il ingère. Des bénéfices de cette approche commencent à être relevés dans la littérature même si d'autres investigations doivent être menées en raison de diverses inquiétudes au niveau médical, comme les risques d'étouffement et d'éventuelles insuffisances en fer (Brown et al., 2017 ; Utami et al., 2020).

Par ailleurs, les familles peuvent aussi choisir de proposer une diversification alimentaire mixte à leur enfant, c'est-à-dire, qu'ils peuvent introduire des purées données à la cuillère (comme dans la diversification alimentaire traditionnelle), mais aussi des morceaux (comme dans l'approche de la DME), l'un n'empêchant pas l'autre (Pallas, 2022). L'essentiel dans ces différentes manières de réaliser la diversification alimentaire, semble être de suivre les recommandations en termes de nature des aliments et d'apports nutritionnels. Quoi qu'il en soit, l'objectif final de la diversification alimentaire (qu'elle soit classique, mixte, ou suivant l'approche de la DME) est que l'enfant parvienne à une alimentation dite « familiale », c'est-à-dire qu'il mange comme le reste de sa famille, entre l'âge d'un et deux ans selon les auteurs (Juchet et al., 2014 ; Were & Lifschitz, 2018).

3 Le trouble alimentaire pédiatrique (TAP)

3.1 Définition

Le trouble alimentaire pédiatrique (« Pediatric Feeding Disorder » en anglais) est défini comme une absorption orale altérée, non appropriée à l'âge de l'enfant et qui est associée à une dysfonction médicale, nutritionnelle, psychosociale et/ou encore à des compétences d'alimentation déficitaires. Il est dit aigu s'il dure moins de trois mois, et chronique si sa durée est égale ou supérieure à trois mois (Goday et al., 2019). Dans ce trouble, il est fréquent de retrouver des difficultés dans la diversification alimentaire. Celles-ci peuvent notamment se manifester par un refus de certains aliments ou de nouvelles textures, une sélectivité alimentaire, ou encore un comportement difficile au cours des repas (Were & Lifschitz, 2018 ; Werthmann et al., 2015). Selon Goday et al. (2019), cette prise orale insuffisante par rapport à l'âge et aux besoins de l'enfant peut être provoquée par différents facteurs. Parmi ceux-ci, il existe des facteurs médicaux (troubles neurodéveloppementaux, gastro-intestinaux, cardio-respiratoires, neurologiques ou aéro-digestifs), nutritionnels (déficit en énergie, protéines et nutriments, déséquilibre alimentaire et sélectivité alimentaire) et psychosociaux (déficiences psychosociales entraînant des aversions alimentaires, du stress et parfois, des stratégies involontairement inadaptées de la part des parents qui peuvent se sentir démunis face au trouble de leur enfant). En plus de tous ces facteurs, un défaut des acquisitions des compétences alimentaires est également évoqué dans la littérature (Barbier, 2014 ; Goday et al., 2019 ; Ramsay, 2001). Celui-ci comprend des troubles du système orosensoriel (hypersensibilité et/ou hyposensibilité), des troubles du système oro-moteur (suction, mastication déficitaires, etc.), des troubles des systèmes pharyngo-moteur et pharyngo-sensoriel (déglutition altérée) ainsi que des temps de repas allongés, des difficultés avec les textures et une faible autonomie de l'enfant lors des repas (Goday et al., 2019 ; Ramsay, 2001).

3.2 Les signes cliniques du trouble alimentaire pédiatrique

Les manifestations du TAP sont nombreuses et variées. La plainte initiale peut d'abord provenir des parents qui sont parfois inquiétés par une prise de poids trop faible de leur enfant (Guillerme, 2014 ; Were & Lifschitz, 2018).

Chez le nouveau-né, jusqu'à quatre mois environ, la quantité de lait ingérée peut être insuffisante (Guillerme, 2014). Les tétées sont parfois courtes, laborieuses (avec beaucoup de pauses notamment) et trop nombreuses dans la journée. Le bébé peut également s'endormir durant la prise du sein ou du biberon (Guillerme, 2014 ; Ramsay, 2001). Il est aussi possible d'observer des nausées, voire des vomissements (Guillerme, 2014 ; Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016 ; Were & Lifschitz, 2018).

Puis, à partir de six mois environ, les symptômes du TAP sont bien prégnants. Différents cas de figure se présentent : l'introduction de la cuillère contenant de la purée peut être difficile (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016), ou encore, le passage aux morceaux, un peu plus tard, peut poser problème (Guillerme, 2014 ; Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016 ; Ramsay, 2001). Quoi qu'il en soit, il est possible d'observer des signes corporels de refus : l'enfant peut détourner sa tête de la cuillère ou du biberon, repousser la cuillère, se protéger le visage avec ses mains et/ou fermer hermétiquement sa bouche pour ne pas entrer en contact avec les aliments (Barbier, 2014 ; Guillerme, 2014 ; Milano et al., 2019). Les temps de repas ont tendance à être allongés puisque l'enfant refuse de manger et que le parent est en constante négociation (Godoy et al., 2019 ; Guillerme, 2014 ; Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016 ; Were & Lifschitz, 2018). Il est également possible de constater que les enfants gardent les aliments en bouche pour ne pas avoir à les déglutir et qu'ils les recrachent à distance des repas (Guillerme, 2014 ; Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016 ; Milano et al., 2019). De plus, un refus franc de certains aliments peut être observé (Guillerme, 2014 ; McComish et al., 2016 ; Milano et al., 2019 ; Ramsay, 2001 ; Were & Lifschitz, 2018 ; Werthmann et al., 2015) ainsi qu'une sélectivité alimentaire importante (Guillerme, 2014 ; McComish et al., 2016 ; Were & Lifschitz, 2018 ; Werthmann et al., 2015).

Tous ces signes peuvent être associés à un comportement difficile de l'enfant lors des repas et ce, quel que soit son âge. Des pleurs, des cris et une grande agitation sont parfois observés à l'approche du moment du repas (Guillerme, 2014 ; Milano et al., 2019 ; Ramsay, 2001). Ceci engendrerait également des attitudes involontairement délétères de la part des parents. En effet, un stress permanent peut être présent à l'idée que l'enfant ne mange pas assez (Guillerme, 2014 ; Ramsay, 2001 ; Were & Lifschitz, 2018 ; Werthmann et al., 2015). Cela entraînerait des comportements accidentellement néfastes, tels que le forçage alimentaire et des stratégies d'augmentation de la fréquence et du nombre de repas (Guillerme, 2014 ; Milano et al., 2019 ; Ramsay, 2001 ; Were & Lifschitz, 2018). Cependant même si ces solutions sont parfois efficaces à court terme (car l'enfant finit parfois par manger s'il est forcé), elles

peuvent finalement être responsables d'une altération de la relation entre les parents et l'enfant et ne font qu'aggraver les réticences de tous face à l'alimentation (Milano et al., 2019 ; Were & Lifschitz, 2018).

Plus généralement, plusieurs auteurs rapportent deux profils d'enfants qu'il est fréquent de retrouver : ceux qui sont hypersensibles et ceux qui sont hyposensibles, les deux profils pouvant coexister chez un même enfant (Barbier, 2014 ; Goday et al., 2019 ; Guillaume, 2014 ; Ramsay, 2001). Ces mêmes auteurs définissent l'hypersensibilité comme pouvant être tactile, thermique ou encore olfactive. Elle se traduit par une incapacité à gérer les différents stimuli de l'environnement, et notamment ceux qui prennent place dans la sphère buccale. Ce sont des enfants qui ont un réflexe nauséux particulièrement exacerbé et qui ont du mal à accepter les morceaux lors de la diversification alimentaire. A l'inverse, les enfants hyposensibles ont plutôt tendance à se sur-stimuler en mettant des objets en bouche et en cherchant constamment des sensations tactiles. Il est fréquent d'observer un retard du déclenchement des différents réflexes oraux comme la mastication et la déglutition chez ces enfants, puisqu'ils ne sentent pas toujours les différentes sensations orales que provoquent les aliments (Ramsay, 2001). Ainsi, selon les difficultés observées et le profil sensoriel de l'enfant, la prise en soin pluridisciplinaire et plus précisément orthophonique, sera adaptée à chacun.

4 L'introduction précoce de morceaux et l'alimentation autonome

4.1 L'importance de l'introduction précoce des morceaux

Il a été montré que le moment d'introduction des textures dans l'alimentation de l'enfant impacte son comportement alimentaire. En effet, il y a plus de risques d'apparition de difficultés alimentaires si cette introduction est trop tardive. Une étude a montré que des enfants ayant été exposés aux morceaux dits « grumeleux » à neuf mois (comparés à ceux y ayant été exposés entre six et neuf mois) mangeaient moins d'aliments variés plus tard. De plus, ces mêmes enfants avaient davantage de difficultés alimentaires à l'âge de sept ans (Coulthard et al., 2009). Une étude avait aussi révélé que le fait d'introduire une nourriture dite « grumeleuse » à dix mois ou après cet âge, engendre une moindre consommation d'aliments solides plus tard, davantage de difficultés alimentaires et un refus de certains aliments (Northstone et al., 2001). Certaines études associent même la réelle présence de troubles alimentaires à l'introduction tardive des aliments solides et semi-solides (Lemarchand et al., 2020). Par ailleurs, Borowitz (2021) explique qu'une absence d'accès aux aliments solides participe au développement d'attitudes défensives orales et donc à un refus alimentaire de la part de l'enfant. La recherche de Northstone et al. (2001) a d'ailleurs été évoquée dans plusieurs autres études plus récentes, pour appuyer l'importance d'introduire des textures variées le plus tôt possible dans l'alimentation de l'enfant (Fewtrell et al., 2017 ; Lemarchand et al., 2020 ; Nicklaus, 2011). Par ailleurs, une plus grande acceptation des textures est

souvent démontrée lorsque les enfants sont exposés à des aliments variés (en saveur et en texture) et de façon répétitive (Fewtrell et al., 2017 ; Nicklaus, 2011 ; Schwartz et al., 2011 ; Tournier et al., 2020, 2021 ; Were & Lifschitz, 2018). Une étude de Borowitz (2021) a même révélé qu'une exposition précoce entre quatre et neuf mois, à diverses textures permettait aux enfants de mieux accepter les morceaux à douze mois.

4.2 Les bénéfices apportés par cette introduction précoce de morceaux

Dans la littérature, plusieurs bénéfices de l'introduction précoce des textures commencent à émerger. Le fait d'introduire différents types d'aliments semble améliorer les compétences masticatoires de l'enfant. En effet, celui-ci peut expérimenter les différentes textures en bouche et apprendre à adapter ses mouvements oraux en fonction des aliments. Ainsi les comportements masticatoires, et plus généralement, les compétences oro-motrices, se trouvent améliorés (Green et al., 2017 ; Le Révérend et al., 2014 ; Schwartz et al., 2011 ; Tournier et al., 2021). Ils sont effectivement plus complexes et plus structurés (Marduel Boulanger & Vernet, 2018). Une étude a même montré que des enfants qui ont reçu davantage de morceaux plus gros et plus durs durant quatre semaines (comparés à ceux qui ont reçu des morceaux mous et plus petits) ont de meilleures capacités masticatoires lorsque certains autres aliments (morceau de carotte et de pomme de terre) leur sont présentés pour la première fois (da Costa et al., 2017). Cette donnée nécessite d'être encore investiguée mais quelques auteurs font l'hypothèse que les enfants seraient donc capables (en termes de compétences oro-motrices) de manger des morceaux mous plus tôt que l'âge préconisé par les différentes recommandations concernant l'alimentation (Marduel Boulanger & Vernet, 2018). Par ailleurs, la littérature rapporte également des bénéfices plus généraux lorsque les morceaux sont introduits tôt. L'étude de Borowitz (2021) relève que cette introduction précoce engendre une augmentation de l'envie de consommer des fruits et des légumes ultérieurement. Selon cette même étude, il ne semble pas y avoir plus de risque d'obésité par rapport à une introduction plus tardive. En revanche, il y aurait plus de risque d'obésité si cette introduction se déroule avant quatre mois. Cependant, il est difficile d'aboutir à un consensus à propos du risque d'obésité car les recherches ne précisent pas toujours à quel âge correspond le terme « précoce » (Clayton et al., 2013 ; Green et al., 2017). De manière plus secondaire, cette introduction précoce de morceaux peut engendrer des nuits plus longues, avec des réveils moins fréquents de l'enfant (Borowitz, 2021 ; Clayton et al., 2013). Récemment, une étude a montré que l'acceptation des différentes textures augmente du début de la diversification alimentaire jusqu'à trois ans mais qu'elle est plus ou moins grande en fonction des aliments. Cependant, à neuf mois, 83 % des petits morceaux proposés à des enfants tout-venants étaient mangés sans difficulté. Pour les morceaux durs et les aliments à double-texture, 70 % étaient acceptés à douze mois (Tournier et al., 2020). Par ailleurs, des auteurs ont mis en évidence que des comportements d'inconforts (tels que des frissons, des

réflexes nauséeux, une toux ou encore des étouffements) face aux morceaux étaient peu présents et égaux entre les groupes, et ce, que les enfants soient exposés à de petits morceaux mous ou à des morceaux plus gros et plus durs (da Costa et al., 2017). Ceci suggère donc que davantage de morceaux pourraient être proposés aux enfants et peut-être plus tôt que ce qui est recommandé.

4.3 L'alimentation autonome

Dans le cadre de cette introduction précoce de morceaux dans l'alimentation de l'enfant, certains auteurs évoquent l'alimentation autonome (aussi appelée « auto-alimentation »). Celle-ci est possible à partir de six mois pour un enfant présentant un développement sans difficulté (Brown et al., 2017). Elle consiste à autoriser l'enfant à se nourrir par lui-même pour le rendre responsable de son alimentation et le laisser réguler ses sensations de faim et de satiété seul (Brown et al., 2017 ; Green et al., 2017). Il s'agit de lui permettre de saisir la nourriture en autonomie, avec ses doigts (Santé publique France, 2022). Par ailleurs, un guide de nutrition précise même que l'alimentation autonome peut aussi être utilisée si l'enfant présente des difficultés alimentaires (Programme National Nutrition Santé (PNNS), 2004). Avant toute chose, il est nécessaire d'être vigilant à propos des informations relevées dans les études. En effet, certaines sont des synthèses, elles ne précisent pas toujours quelle est la population interrogée et ne citent pas forcément les auteurs (Fewtrell et al., 2017 ; Milano et al., 2019 ; Were & Lifschitz, 2018). D'autres sont des études avec une méthodologie stricte mais ne donnent que le nombre de personnes interrogées et ne mentionnent pas de détails sur le profil des enfants (Tournier et al., 2020, 2021) : à priori, il s'agit d'une sélection aléatoire donc il est difficile de savoir si ce sont des enfants ayant un développement typique ou s'ils présentent des difficultés. Quoi qu'il en soit, il est tout de même intéressant de relever les différents résultats. Tout d'abord, autoriser l'enfant à s'auto-alimenter améliorerait l'acceptation des textures (Tournier et al., 2020, 2021) et plus généralement, sa prise alimentaire (Milano et al., 2019). De plus, elle permettrait de développer des compétences d'auto-régulation des sensations de faim et de satiété ainsi qu'un attachement sécure car un enfant qui peut contrôler ce qu'il mange se sent en confiance (Were & Lifschitz, 2018). Enfin, Fewtrell et al. (2017) abordent l'alimentation autonome en expliquant qu'elle permet de rendre l'enfant responsable et acteur de son repas. Il parvient ainsi rapidement à une alimentation familiale, qui, comme cela a été dit précédemment, est la finalité de la diversification alimentaire (Juchet et al., 2014 ; Were & Lifschitz, 2018). Selon Fewtrell et al. (2017), à neuf mois, la plupart des enfants sont capables de s'auto-alimenter, de boire au verre en utilisant deux mains et de manger la nourriture familiale avec quelques adaptations (morceaux prédécoupés par exemple). Les mêmes auteurs préconisent de proposer à l'enfant des morceaux de pain à sucer dès que possible. Comme l'âge n'est pas précisé, ceci suggère donc que dès que le

parent considère que son enfant est capable de gérer ce type d'aliment en bouche, il peut lui en donner en le laissant être autonome mais tout en le surveillant.

4.4 Les compétences et prérequis nécessaires pour l'introduction de morceaux

Précédemment, il a été montré que l'idée d'une introduction précoce des morceaux émerge dans la littérature et que des auteurs parlent aujourd'hui de l'alimentation autonome. Pour pouvoir proposer cette approche d'alimentation plutôt novatrice, les enfants doivent détenir certaines compétences et prérequis particuliers afin que les repas soient sécurisés. Dans les études qui seront citées, les auteurs parlent de compétences pour l'introduction des solides en général. Cependant, il semble évident que ceci soit généralisable à tous les nouveaux aliments proposés à l'enfant, et notamment les morceaux.

Tout d'abord, il est nécessaire que l'enfant puisse se tenir en position assise, avec un minimum de maintien si cela est nécessaire (Green et al., 2017 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018 ; Schwartz et al., 2011 ; Tournier et al., 2020 ; Were & Lifschitz, 2018). Chez un enfant présentant un développement typique, cette posture assise s'acquiert en général vers six mois, avec du soutien au départ (Ferland, 2014), et s'affine durant les semaines suivantes, ce qui permet au nourrisson d'être assez stable pour gérer les rotations de la tête et du torse ainsi que les mouvements des bras (Adolph & Franchak, 2017).

De plus, l'appareil digestif, et plus précisément intestinal doit être mature pour que l'enfant soit prêt à recevoir de nouveaux aliments (Nicklaus, 2011 ; Schwartz et al., 2011 ; Were & Lifschitz, 2018). En effet, lors de la diversification alimentaire, il y a une augmentation de la prolifération des bactéries intestinales et des enzymes. Le système digestif de l'enfant doit donc être efficace pour faire face à ce changement d'alimentation (Were & Lifschitz, 2018).

Ensuite, pour se voir proposer cette approche alimentaire, l'enfant doit déjà détenir certaines compétences oro-motrices (qui seront détaillées ultérieurement), pour que la mastication et la déglutition des aliments soient optimales. Mais il paraît évident que celles-ci n'ont pas encore fini de se développer et vont devenir plus matures avec les différentes expériences alimentaires auxquelles l'enfant sera confronté (da Costa et al., 2017 ; Green et al., 2017 ; Le Révérend et al., 2014 ; Nicklaus, 2011 ; Schwartz et al., 2011 ; Tournier et al., 2020 ; Were & Lifschitz, 2018). En effet, des auteurs relèvent d'importantes évolutions au niveau des compétences oro-motrices générales entre six et dix à douze mois (da Costa et al., 2017 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018). Ces changements sont liés au fait que l'anatomie et la physiologie orales se développent surtout durant la première année de vie. La mastication, quant à elle, continue de mûrir et devient de plus en plus efficace jusqu'à au moins vingt-quatre mois (da Costa et al., 2017).

Puis, l'apparition des dents permettra une mastication de plus en plus fine et adaptée aux aliments proposés (Green et al., 2017 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018). A ce propos, concernant l'éruption des dents, les incisives supérieures et inférieures apparaissent aux

alentours de six mois et permettent à l'enfant de mordre. Ensuite, celui-ci peut avoir des contacts dentaires plus importants et il peut ainsi mieux malaxer les aliments en bouche grâce à l'apparition de nouvelles dents, dont les molaires entre douze et dix-huit mois (Marduel Boulanger & Vernet, 2018).

Par ailleurs, le développement plus global de l'enfant doit être optimal. Effectivement, le développement cortical et cognitif de l'enfant, associé à l'augmentation du volume de la cavité orale se déroulant autour de quatre à six mois d'âge, engendrera une amélioration de la mobilité linguale et donc, du contrôle du transport du bolus (Marduel Boulanger & Vernet, 2018).

Des auteurs ajoutent d'autres compétences nécessaires pour une diversification alimentaire optimale. Green et al. (2017) évoquent la capacité à refuser de la nourriture en fermant la bouche ou en se reculant, car l'enfant sait s'auto-réguler et contrôler sa faim ou sa satiété. Schwartz et al. (2011) écrivent que les enfants doivent pouvoir mettre des jouets en bouche mais aussi atteindre et attraper des objets avec précision, puisque ce sont les compétences nécessaires pour pouvoir saisir un aliment et le manger en autonomie. Cependant, une nuance est à apporter puisqu'il arrive de retrouver dans les TAP des enfants hypersensibles, qui peuvent avoir des difficultés à stimuler leur sphère oro-faciale. C'est pourquoi un travail de désensibilisation est nécessaire en orthophonie en début de rééducation.

5 Les rôles de l'orthophoniste dans le cadre d'un trouble alimentaire pédiatrique

L'orthophoniste occupe une place de choix dans la rééducation du TAP (Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2016). Les objectifs généraux de la prise en soin orthophonique sont l'accompagnement de l'enfant pour qu'il diversifie son alimentation, qu'il devienne autonome et qu'il augmente sa prise alimentaire (Castelain-Levêque et al., 2004 ; Demonteil et al., 2018 ; Puech & Vergeau, 2004 ; Schwartz et al., 2011). Plus précisément, trois axes de travail sont généralement proposés : un axe moteur, un axe sensoriel et un axe comportemental. Ceux-ci sont adaptés en fonction du profil et des difficultés du patient. Le premier axe est moteur et consiste en la sollicitation des muscles oro-moteurs afin d'améliorer les mouvements de succion, de mastication et de déglutition (Barbier, 2014 ; Guillerme, 2014 ; McComish et al., 2016 ; Milano et al., 2019). L'axe sensoriel a pour objectif de proposer différentes stimulations en fonction du profil de l'enfant (hypersensible et/ou hyposensible) et de les adapter en fonction de ses besoins sensoriels (Barbier, 2014). Dans le cas d'un profil hypersensible, il peut s'agir par exemple de désensibiliser la sphère oro-faciale afin de faciliter l'acceptation des textures (Barbier, 2014 ; Guillerme, 2014 ; Toomey & Ross, 2011). Enfin, l'axe comportemental a pour but de réduire les conflits et le stress très souvent engendrés par ce trouble afin que l'enfant et ses parents trouvent du plaisir au moment des repas (Gosa et al., 2020 ; Guillerme, 2014 ; McComish et al., 2016 ; Toomey & Ross, 2011). L'orthophoniste aura également un rôle d'accompagnement parental afin que les activités réalisées en séance

puissent être transposées au quotidien de l'enfant (Barbier, 2014 ; Gosa et al., 2020 ; Guillaume, 2014 ; McComish et al., 2016). Ainsi, l'objectif du travail qui va être mené ici est d'envisager l'introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome comme une façon d'aider à l'amélioration des difficultés de diversification alimentaire pour un enfant présentant un TAP. Cependant, il est nécessaire de préciser que cette approche serait proposée en complément des trois axes thérapeutiques décrits précédemment, qui sont indispensables dans la prise en soin orthophonique de cette pathologie.

6 Problématique et hypothèses

Ainsi, différents moments de l'alimentation de l'enfant qui présente un TAP peuvent être difficiles, comme la prise du biberon, de la cuillère ou encore le passage aux morceaux (Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016). De plus, la diversification alimentaire classique avec les purées données à la cuillère peut aussi poser problème chez ces enfants (Grevesse et al., 2020 ; Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016). L'idée d'une introduction précoce des morceaux émerge dans la littérature et plusieurs bénéfices sont présents chez les enfants ayant un développement typique. De plus, certains auteurs abordent la question de l'alimentation autonome qui permet à l'enfant d'avoir un certain contrôle et qui le met donc davantage en confiance lors des repas. Comme les premiers bénéfices de cette approche émergent dans la littérature, il semble pertinent de se demander si les avantages présents chez des enfants ayant un développement typique ne pourraient pas aussi se transposer chez des enfants présentant un TAP et ainsi être un moyen d'améliorer l'impact fonctionnel de leur trouble. Dans cette perspective, le but de cette recherche est donc de guider des familles qui proposeront des morceaux adaptés en suivant une approche d'alimentation autonome à leur enfant présentant un TAP. Plusieurs observations parentales seront réalisées afin de savoir si cette approche pourrait permettre d'améliorer les difficultés d'alimentation de ces enfants.

Ainsi, à travers cette étude de cas, la question de recherche suivante est posée : une introduction précoce de morceaux adaptés en utilisant une approche d'alimentation autonome chez des enfants présentant un TAP pourrait-elle être un moyen d'améliorer leurs difficultés d'alimentation ? Pour répondre à cette question, quatre hypothèses ont été formulées. Premièrement, l'introduction précoce de morceaux en utilisant une approche d'alimentation autonome pourrait améliorer la mastication. Par ailleurs, l'introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome pourrait améliorer le comportement alimentaire des enfants (avec plus d'autonomie et de plaisir et moins de refus et de pleurs, etc.). Par extension, elle pourrait également améliorer les attitudes et les ressentis des parents (avec moins de forçage alimentaire, moins de stratégies compensatoires pour faire manger l'enfant, moins de sentiment d'échec, etc.). Enfin, l'introduction précoce de morceaux en utilisant une approche d'alimentation autonome pourrait augmenter la prise alimentaire des enfants (avec une acceptation de différentes textures et donc un panel alimentaire élargi).

II Méthode

1 Population

Pour ce travail, il était nécessaire de recruter des enfants afin de réaliser une étude de cas. Ceux-ci devaient présenter un TAP et être suivis en orthophonie. Mis à part ce trouble alimentaire, ils ne devaient pas présenter d'autres difficultés de développement (comme une dyspraxie ou une déficience intellectuelle par exemple). La présence d'un autre trouble chez ces enfants était donc un critère d'exclusion car ils auraient pu avoir des difficultés impactant notamment l'alimentation autonome et donc ne pas pouvoir suivre le protocole. Concernant l'âge de ces enfants, il a été décidé qu'ils devaient avoir au moins six mois révolus. Ceci a été réfléchi par rapport aux données de la littérature qui ont été exposées précédemment : les compétences oro-motrices des enfants sont normalement assez développées à cet âge pour permettre l'introduction des morceaux en toute sécurité (da Costa et al., 2017 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018). De plus, comme cela a été dit précédemment, il était important qu'ils puissent se tenir assis avec un maintien en bas du dos si nécessaire (Green et al., 2017 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018 ; Schwartz et al., 2011 ; Tournier et al., 2020 ; Were & Lifschitz, 2018), cette compétence étant habituellement acquise vers six mois (Ferland, 2014). Il était aussi indispensable qu'ils soient capables de saisir des objets et de les porter en bouche (Schwartz et al., 2011) pour pouvoir pratiquer l'alimentation autonome.

2 Matériel

2.1 Présentation du projet de mémoire aux familles

Tout d'abord, un visuel de présentation du projet de mémoire a été créé sur le logiciel gratuit de conception graphique Canva (Annexe A). Son but était d'expliquer aux parents les objectifs de l'étude ainsi que les hypothèses posées. De manière plus formelle, une notice d'information a été rédigée afin d'expliquer l'étude aux orthophonistes contactés.

2.2 Questionnaire d'anamnèse

Par ailleurs, un autre visuel a également été créé sur le logiciel gratuit Canva (Annexe B). Il comportait un code QR (« Quick Response code » ou « code à réponse rapide » en français) menant vers un questionnaire d'anamnèse créé sur le logiciel gratuit Google Forms (Annexe C). Ce questionnaire, composé de plusieurs parties, avait pour but de mieux connaître l'enfant. Il a permis de récolter des informations pour réaliser un état des lieux de l'alimentation de l'enfant avant la mise en place du protocole. La première rubrique recensait des informations générales sur l'enfant (à l'aide de questions ouvertes, l'initiale du prénom pour garder l'anonymat, le sexe, la date de naissance et l'âge de l'enfant au moment de la mise en place du protocole ont été récoltés). La deuxième partie concernait les antécédents médicaux et s'intéressait au déroulement de la grossesse (RAS – Complications pendant la grossesse qui devaient être précisées si elles étaient présentes), de l'accouchement (RAS – Complications

lors de l'accouchement qui devaient être précisées si elles étaient présentes), de la naissance (Naissance à terme – Prématurité) et aux éventuels antécédents médicaux antérieurs (Oui – Non et préciser si oui) et actuels (Oui – Non et préciser si oui) de l'enfant. Ces informations ont permis de savoir comment les premiers mois de vie de l'enfant se sont déroulés et si d'éventuelles complications médicales pourraient impacter à ce jour la mise en place du protocole. Puis, la troisième partie s'intéressait à l'histoire du trouble alimentaire. Elle était composée de questions ouvertes sur l'âge de l'enfant au moment du diagnostic du TAP, sur son suivi orthophonique et sur les difficultés rencontrées au moment des repas. Ceci a permis de connaître les signes cliniques présents chez l'enfant dans le cadre de son trouble, et ainsi, de mieux cerner son profil. La quatrième partie était centrée sur l'environnement et la famille de l'enfant. Elle était composée de questions sur le mode de garde (Crèche – Nounou – A la maison avec un parent – Autre, à préciser) ainsi que de questions ouvertes sur la présence et le nombre de frères et sœurs ainsi que sur les sentiments de chaque membre de la famille (proche et élargie) vis-à-vis des difficultés de l'enfant. Ces informations ont été précieuses pour savoir à quel point le TAP présenté par l'enfant impactait la qualité de vie de la famille avant la mise en place du protocole. La cinquième partie concernait la sensorialité. Il s'agissait de questions ouvertes afin de savoir si l'enfant peut accepter de toucher des textures alimentaires et non-alimentaires et de porter des jouets en bouche. Il était également pertinent de savoir s'il est particulièrement sensible à certains stimuli comme la lumière, les bruits forts ou encore les caresses. Il s'agissait de réaliser une rapide analyse du profil sensoriel de l'enfant et ainsi, de savoir s'il présente plutôt une hypersensibilité, une hyposensibilité ou les deux. Une sixième partie s'intéressait à la manière dont se déroulent les repas habituellement. Des informations sur les éléments suivants étaient récoltées dans cette rubrique : l'installation de l'enfant (Assis dans une chaise haute – Assis sur les genoux de quelqu'un – Autre, à préciser) et la durée du repas (Moins de quinze minutes – Entre quinze et trente minutes – Plus de trente minutes). Il y avait également des questions ouvertes à propos des aliments proposés, des comportements observés chez l'enfant, des sentiments des parents vis-à-vis de son trouble ainsi que des stratégies mises en place pour faire manger l'enfant. L'objectif de cette rubrique était de se rendre compte des difficultés présentes lors d'un repas type afin de voir comment se manifeste le TAP de l'enfant au quotidien. Enfin, la septième et dernière partie s'intéressait à l'alimentation actuelle et le panel alimentaire de l'enfant. Elle était composée de questions sur son alimentation lactée (Allaitement – Biberon – Autre et les parents devaient préciser les quantités ingérées), les aliments mangés (Produits carnés – Légumes – Fruits – Oléagineux – Autre, à préciser) et la forme dans laquelle ils sont proposés (Lisse – Mouliné – Morceaux). Il était important d'avoir ces informations pour savoir quels aliments l'enfant pouvait accepter avant la mise en place du protocole.

2.3 Plaquette d'informations à propos de l'introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome

Une plaquette d'informations dont le titre est « Introduire des morceaux dans l'alimentation de mon enfant » a été réalisée à l'aide du logiciel gratuit de conception graphique Canva (Annexe D). Il s'agit d'un guide pour aider les parents à introduire les morceaux dans de bonnes conditions. Pour cela, différents encadrés se trouvent sur cette plaquette. Le premier évoque l'installation de l'enfant. Celui-ci doit être assis, dans une chaise haute par exemple (Tournier et al., 2021), à quatre-vingt-dix degrés, avec un appui pour les pieds (Bocquet et al., 2023). Si l'enfant en a besoin, un maintien en bas du dos peut-être ajouté (Abadjian & Courrège, 2022 ; Griffin, 2021). Un deuxième encadré aborde les morceaux à proposer. Ceux-ci doivent être tendres et faciles à écraser avec les gencives et la langue au palais (Abadjian & Courrège, 2022 ; Griffin, 2021 ; Tournier et al., 2021). La longueur doit correspondre à la taille d'un doigt d'un adulte. Le diamètre doit faire trois centimètres au minimum quand l'aliment est présenté en bâtonnet et les boulettes doivent être de la taille du poing du bébé (Abadjian & Courrège, 2022). Les aliments qui peuvent être proposés sont les produits carnés, les féculents, les légumes, les fruits et les oléagineux (Abadjian & Courrège, 2022 ; Griffin, 2021). L'encadré signale également que les allergènes peuvent être introduits dès le début de la diversification alimentaire (Abadjian & Courrège, 2022 ; Fewtrell et al., 2017). Certains d'entre eux sont cités dans le guide (lait, œuf, arachide, poissons et fruits de mer, céréales avec gluten, sésame, etc.) et il est précisé qu'ils doivent être proposés dans une forme sécuritaire (notamment pour les oléagineux qui ne doivent pas être présentés entiers mais en poudre par exemple). Un troisième encadré cite des idées de plats à proposer à l'enfant. Par exemple, les parents peuvent lui présenter des bâtonnets de carotte, de potiron, une omelette aux légumes, une galette de pomme de terre, des muffins de poivron, de betterave ou de patate douce et enfin des bâtonnets de banane, de mangue ou encore de kiwi (Abadjian & Courrège, 2022). Le quatrième encadré aborde la question de l'alimentation autonome en précisant que l'enfant peut manger seul en saisissant les morceaux avec ses doigts (Abadjian & Courrège, 2022 ; Griffin, 2021 ; Tournier et al., 2021). Si cela est nécessaire, les parents peuvent aussi l'aider en lui mettant le morceau dans la main ou en portant l'aliment à sa bouche (Abadjian & Courrège, 2022). De plus, les parents présentent une assiette et l'enfant choisit ce qu'il mange ainsi que la quantité qu'il ingère (Brown et al., 2017). Le dernier encadré concerne les vigilances que doivent avoir les parents. En effet, l'introduction des morceaux doit toujours se faire sous la surveillance d'un adulte (Abadjian & Courrège, 2022 ; Bocquet et al., 2023 ; Griffin, 2021 ; Tournier et al., 2021). Il est également nécessaire de privilégier une atmosphère calme et d'éviter les distractions (Griffin, 2021). Enfin, il ne faut pas proposer à l'enfant des aliments petits, durs, ronds et collants, comme de la pomme crue ou des cacahuètes entières (Abadjian & Courrège, 2022 ; Bocquet et al., 2023 ; Griffin, 2021).

2.4 Grille d'observations des repas

Une grille d'observations des repas ainsi que son mode d'emploi ont été créés à l'aide du logiciel tableur gratuit Excel (Annexe E), pour guider les parents dans leurs observations. Il s'agissait d'un tableau à double entrée dans lequel plusieurs éléments ont été observés en fonction des hypothèses posées. Il a été demandé aux parents de noter à chaque fois : le repas observé, comment était installé leur enfant, la durée du repas, les aliments proposés, les mouvements masticatoires observés, les quantités ingérées, le comportement de l'enfant, les sentiments des parents, et enfin, une case était dédiée à d'éventuelles remarques complémentaires.

2.5 Questionnaire de fin de protocole

Un dernier visuel a également été créé sur le logiciel gratuit Canva (Annexe F). Il comportait un code QR menant vers un questionnaire de fin de protocole créé sur le logiciel gratuit Google Forms et à compléter en ligne (Annexe G). Celui-ci avait pour but de conclure le protocole d'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome auprès des parents et de récolter leur avis à son propos. La première rubrique concernait l'alimentation durant les trois semaines entre les deux périodes d'observation. Les parents ont dû préciser s'ils avaient observé une évolution (positive, négative ou absence d'évolution) dans l'alimentation de leur enfant à la suite de la première introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome. Ensuite, ils ont dû dire s'ils avaient continué à proposer cette approche entre les deux périodes d'observation. Si oui, ils devaient préciser ce qu'ils avaient donné à leur enfant et combien de fois ils l'avaient fait. Si non, il leur était demandé de préciser pourquoi ils n'avaient pas continué de proposer cette approche. Dans la deuxième rubrique, une nouvelle question était posée sur la présence d'évolution ou non (positive, négative ou absence d'évolution) dans l'alimentation de l'enfant après les deux périodes d'observation. Les parents devaient aussi préciser s'ils pensaient continuer à proposer cette approche à leur enfant à plus long terme. La troisième rubrique concernait plus précisément les éléments en rapport avec les hypothèses posées. Ainsi, les parents devaient d'abord commenter la mastication de leur enfant (mouvements masticatoires mis en place ou non, coordonnés ou non). Une deuxième question concernait le comportement alimentaire de l'enfant et ses éventuelles évolutions. Puis, les parents devaient évoquer librement leurs propres attitudes et ressentis vis-à-vis de cette approche d'alimentation. Une dernière question visait à commenter la prise alimentaire de l'enfant pour savoir s'il mange actuellement plus, moins ou la même quantité de nourriture en comparaison à avant la mise en place du protocole. Enfin, la dernière rubrique récoltait l'impression générale des parents à propos de leur participation à ce projet de mémoire. Ils ont donné leur avis sur l'accessibilité et le contenu des différents documents qu'ils ont reçu et qu'ils ont dû compléter (c'est-à-dire le questionnaire d'anamnèse, la plaquette d'informations sur l'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome, la grille

d'observations des repas et le questionnaire de fin de protocole). Ceci avait pour objectif de recueillir un point de vue extérieur sur la clarté de ces visuels et sur ce qui était attendu. Il s'agissait de récolter des commentaires ainsi que d'éventuelles pistes d'amélioration si le protocole venait à être diffusé ou si une expérimentation comme celle-ci était reconduite.

3 Procédure

Dans un premier temps, une recherche de participants a été effectuée, en contactant plusieurs orthophonistes prenant en soin des patients présentant un TAP. Le visuel de présentation du projet de mémoire, avec les critères d'inclusion et d'exclusion, a été publié sur différents groupes d'orthophonistes sur les réseaux sociaux mais aussi sur des groupes de parents d'enfants présentant ce trouble. De plus, plusieurs orthophonistes ont également été contactés directement par mail (comprenant la notice d'information) afin de savoir si l'un de leur patient pouvait correspondre aux critères de la méthodologie. Une fois les familles trouvées, le visuel de présentation du projet de mémoire a été envoyé par mail aux parents afin qu'ils puissent se familiariser avec la méthodologie mise en place et qu'ils puissent confirmer leur participation. Le visuel contenant le code QR menant vers le questionnaire d'anamnèse était joint. Dans le corps du mail, les parents ont aussi reçu une explication de la finalité de ces deux documents. En outre, une fois que les réponses au questionnaire d'anamnèse ont été reçues, la plaquette d'informations sur la manière d'introduire les morceaux avec une approche d'alimentation autonome a été envoyée par mail aux parents. Dans ce même mail la grille d'observations des repas était jointe ainsi que son mode d'emploi. Il était précisé aux parents qu'ils avaient neuf jours pour observer cinq repas de leur choix. Une fois ces observations réalisées, il leur a été demandé de renvoyer la grille d'observations complétée par mail pour réaliser les analyses. Lorsque celle-ci a été réceptionnée, les parents ont reçu un mail de remerciements pour cette première période d'observation. Puis, comme cela avait été convenu, ils ont reçu un mail trois semaines plus tard, contenant à nouveau la plaquette d'informations sur la manière d'introduire les morceaux avec une approche d'alimentation autonome ainsi qu'une nouvelle grille d'observations pour cinq repas. Les parents ont donc réalisé à nouveau ces observations de repas trois semaines après les premières. De la même façon qu'à la première période, ils avaient neuf jours pour le faire et ont dû renvoyer la grille d'observations complétée par mail. Une fois celle-ci réceptionnée, les parents ont reçu par mail le questionnaire de fin de protocole à remplir en ligne, pour récolter leur avis sur la mise en place du protocole d'introduction des morceaux dans l'alimentation de leur enfant. Puis, pour clôturer leur participation à ce projet de mémoire, ils ont reçu un mail de remerciements pour leur investissement. Enfin, la dernière étape de ce travail visait à recenser les observations parentales pertinentes et à les trier afin de ne faire ressortir que les éléments nécessaires pour répondre à la question de recherche posée et pour valider ou non les hypothèses posées.

III Résultats

Deux familles ont accepté de participer au protocole d'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome dans le cadre de ce mémoire. Cependant, l'une des deux familles a uniquement rempli le questionnaire d'anamnèse et ne pourra donc pas être incluse dans cette étude. Finalement, seule une famille a participé à la mise en place du protocole du début à la fin. Ce sont donc les résultats obtenus pour l'enfant C. qui seront présentés dans cette partie. Il y aura d'abord une description des éléments d'anamnèse importants à connaître pour mieux comprendre les résultats obtenus. Puis, les observations des deux périodes seront détaillées par domaine, chacun d'entre eux correspondant à une hypothèse, à savoir des observations concernant la mastication, le comportement alimentaire de l'enfant, les attitudes et ressentis des parents ainsi que la prise alimentaire de l'enfant. Il y aura donc deux parties par domaine à chaque fois, c'est-à-dire une partie recensant les observations de la première période et une autre comportant les observations de la deuxième période. Puis, les réponses au questionnaire de fin de protocole seront exposées. Une dernière partie comportera des résultats complémentaires, correspondant à des observations ne servant pas à valider ou non les hypothèses mais qui semblaient tout de même pertinentes à aborder dans ce travail.

1 Eléments d'anamnèse

Les informations qui suivent ont été récoltées par le biais du questionnaire d'anamnèse, rempli par les parents de C. juste avant la mise en place du protocole d'introduction des morceaux. C. est une petite fille âgée de huit mois et demi au moment de la mise en place du protocole. Elle ne présente pas d'antécédent médical particulier mais il y a actuellement une suspicion de reflux gastro-œsophagien qui n'est pas amélioré par le traitement médicamenteux. En ce qui concerne l'histoire du trouble, C. avait six mois et demi lorsqu'un TAP lui a été diagnostiqué. Quand le protocole a été mis en place, cela faisait un mois et demi environ qu'elle était suivie en orthophonie. Les difficultés majeures présentes chez C. sont des prises alimentaires très longues et de faibles quantités ingérées. C. peut refuser d'ouvrir la bouche et ne manifeste pas nécessairement la faim. De plus, un réflexe nauséux était présent lorsque la diversification alimentaire a débuté. L'entourage de C. peut éprouver de la peine et de l'inquiétude vis-à-vis de ses difficultés d'alimentation. En ce qui concerne le profil sensoriel, C. ne semble pas particulièrement hypersensible. Une sensibilité au bruit a été évoquée par sa mère mais cela n'est pas certain et n'a jamais été objectivé. La petite fille peut porter les objets en bouche et elle peut accepter de toucher différentes textures alimentaires et non-alimentaires. Pour les repas, C. est habituellement installée dans une chaise haute. Les repas durent plus de trente minutes. C. mange principalement des purées de légumes faites maison ou industrielles ainsi que des fruits, le tout uniquement sous forme lisse. Elle peut aussi manger du pain des fleurs. Face à la nourriture, elle semble plutôt intéressée au départ mais ferme rapidement la bouche, crache et pleure. Sa mère peut ressentir du stress et parfois de

l'agacement pendant les repas. Elle s'inquiète aussi à propos de « troubles plus massifs » qui n'ont pas été précisés. Les stratégies mises en place pour essayer de faire manger C. sont des pauses pendant les repas, une alternance entre les parents pour essayer de la faire manger ou encore la laisser manger seule avec des cuillères spéciales. Concernant l'alimentation lactée, elle est allaitée et peut aussi boire au biberon.

2 Mastication

2.1 Première période d'observation

Les observations concernant les mouvements masticatoires de C. durant les cinq repas de la première période sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1

Description des mouvements masticatoires de C. lors de la première période d'observation

Repas	Observations
Repas n°1	Peu de mouvements masticatoires ont été observés.
Repas n°2	Des mouvements de succion ont été observés.
Repas n°3	Les mouvements masticatoires n'ont pas été observables lors de ce repas.
Repas n°4	Un début de mouvements latéraux a été observé.
Repas n°5	Des mouvements latéraux ont été observés.

2.2 Deuxième période d'observation

Les observations concernant les mouvements masticatoires de C. sont valables pour tous les repas de la deuxième période. Des mouvements latéraux ont été décrits pour chacun d'eux.

3 Comportement alimentaire de l'enfant

3.1 Première période d'observation

Les observations concernant le comportement alimentaire de C. durant les cinq repas de la première période sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2

Description du comportement alimentaire de C. lors de la première période d'observation

Repas	Observations
Repas n°1	C. a écrasé les morceaux, n'a quasiment rien porté en bouche (a essayé trois fois) et n'a pas léché ses doigts. Elle a accepté de manger lorsque sa mère lui a donné les morceaux : à ce moment-là, elle a ouvert grand la bouche (« elle semblait donc apprécier » selon sa mère).
Repas n°2	Le comportement de C. était plus positif (il a été qualifié de « beaucoup mieux » que lors du repas n°1). C. a directement pris le morceau (carotte)

	et l'a porté en bouche. Elle a été très volontaire. La famille a observé de nombreux réflexes nauséux lors de ce repas.
Repas n°3	Lors de ce repas, C. a pleuré, elle a tourné la tête et a fermé la bouche.
Repas n°4	C. a attrapé les morceaux et les a mis en bouche. C. a fini le repas en mangeant les morceaux écrasés par les parents.
Repas n°5	C. a rapidement mis les morceaux en bouche. Elle a également joué avec. Elle a ensuite mangé quand les morceaux lui ont été proposés écrasés.

3.2 Deuxième période d'observation

Les observations concernant le comportement alimentaire de C. durant les cinq repas de la deuxième période sont présentées dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3

Description du comportement alimentaire de C. lors de la deuxième période d'observation

Repas	Observations
Repas n°1	C. était intéressée. Elle a pris les morceaux en main et les a portés à la bouche sans problème.
Repas n°2	C. était intéressée. Elle a pris les morceaux en main et les a portés à la bouche sans problème.
Repas n°3	C. a pris les morceaux en main. Elle les a écrasés sans problème mais les a peu portés à la bouche.
Repas n°4	C. a bien pris les morceaux en main et les a volontiers mis en bouche.
Repas n°5	C. a bien pris les morceaux en main et les a volontiers mis en bouche.

4 Attitudes et ressentis des parents

4.1 Première période d'observation

Les observations concernant les attitudes et ressentis des parents de C. durant les cinq repas de la première période sont présentées dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4

Description des attitudes et ressentis des parents lors de la première période d'observation

Repas	Observations
Repas n°1	La famille a décrit beaucoup de stress par rapport aux morceaux. Au départ, il y a eu de la déception de voir que C. ne mettait pas elle-même les morceaux à la bouche et qu'elle jouait juste avec.
Repas n°2	La famille a rapporté plus de sérénité vis-à-vis des morceaux. En revanche, un stress était présent par rapport aux réflexes nauséux. Un

	sentiment de fierté a émergé lorsque la famille a vu comment C. pouvait gérer son alimentation.
Repas n°3	Absence d'observation.
Repas n°4	Absence d'observation.
Repas n°5	Absence d'observation.

4.2 Deuxième période d'observation

Les observations concernant les attitudes et ressentis des parents de C. durant les cinq repas de la deuxième période sont présentées de façon générale puisque des observations détaillées, par repas, n'ont pas pu être récupérées.

Cette deuxième période de proposition de morceaux en suivant une approche d'alimentation autonome a été mieux vécue par la mère de C., qui a évoqué beaucoup plus de sérénité pour elle, et par extension, pour sa fille. L'angoisse de la mère à propos des réflexes nauséux, qui était très présente au début de la mise en place du protocole a totalement disparu lors de cette deuxième période. C'est donc une expérience « plutôt positive » qui est rapportée par la famille.

5 Prise alimentaire

5.1 Première période d'observation

Les observations concernant la prise alimentaire de C. durant les cinq repas de la première période sont présentées dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5

Description de la prise alimentaire de C. lors de la première période d'observation

Repas	Observations
Repas n°1	C. a mangé environ trois ou quatre frites de butternut cuites à la vapeur.
Repas n°2	C. a mangé environ six frites de carottes cuites à la vapeur.
Repas n°3	C. n'a quasiment mangé aucun morceau (chou-fleur). C. a finalement mangé un petit pot de maïs.
Repas n°4	C. a mangé environ quatre frites de butternut cuites à la vapeur.
Repas n°5	C. a mangé environ trente grammes de légumes divers (carotte, butternut, brocoli).

5.2 Deuxième période d'observation

Les observations concernant la prise alimentaire de C. durant les cinq repas de la deuxième période sont présentées dans le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6

Description de la prise alimentaire de C. lors de la deuxième période d'observation

Repas	Observations
Repas n°1	C. a mangé un palet de légumes et « le reste a fini par terre ».
Repas n°2	C. a mangé un palet de légumes et « le reste a fini par terre ».
Repas n°3	C. a très peu mangé (fleurettes de brocoli).
Repas n°4	C. a mangé six frites de patate douce.
Repas n°5	C. a mangé deux grosses fleurettes de chou-fleur.

6 Réponses au questionnaire de fin de protocole

Les réponses de ce questionnaire seront présentées dans l'ordre suivant : réponses à propos de l'alimentation entre la première période et la deuxième période d'observation, réponses à propos de la fin de la mise en place du protocole (après les deux périodes d'observation), réponses à propos des différents éléments concernant les hypothèses (mastication, comportement alimentaire de l'enfant, attitudes et ressentis des parents, prise alimentaire) et réponses à propos de l'avis général de la famille sur la participation au protocole dans le cadre du mémoire.

Après la première période d'observation, les parents de C. ont remarqué une évolution positive de l'alimentation de leur enfant. Entre les deux périodes, le contexte familial n'a pas permis aux parents de proposer des morceaux avec une approche d'alimentation autonome à leur fille, qui a donc mangé des purées industrielles en pot, plutôt en faible quantité selon la mère. Après les deux périodes d'observation, il y a eu une évolution positive de l'alimentation de C. d'après ses parents. Ceux-ci pensent continuer à lui proposer des morceaux avec une approche d'alimentation autonome puisqu'ils trouvent que leur fille est plus « réceptive et intéressée » par ce qui lui est présenté. La petite fille semble préférer être autonome et mange mieux.

Concernant les éléments plus précisément observés, les mouvements masticatoires semblent s'être mis en place chez C. En effet, les mouvements latéraux sont apparus et « la mastication semble de plus en plus présente et efficace » selon la mère de C. Par ailleurs, le comportement alimentaire semble avoir évolué positivement avec une petite fille qui est plus intéressée par la nourriture, qui pleure moins et qui semble plus sereine au moment des repas. En outre, les parents évoquent dans ce questionnaire qu'ils ressentent « moins de stress et d'énerverment » et qu'ils sont davantage en confiance vis-à-vis des capacités de C. face à son alimentation. Enfin, concernant la prise alimentaire, les quantités ingérées par C. ne semblent pas avoir changé par rapport à avant la mise en place du protocole. Selon ses parents, les quantités réellement prises sont très aléatoires mais « les repas sont plus agréables et plus sereins ». Enfin, l'avis général des parents sur leur participation à ce projet de mémoire a été récolté. Le questionnaire d'anamnèse leur a semblé plutôt accessible et n'a pas été trop chronophage à

remplir. La plaquette d'informations à propos de l'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome aurait peut-être pu être plus complète sur la nature des aliments proposés. La mère de C. évoque du stress provoqué par l'introduction de morceaux et aurait aimé avoir plus de propositions directement sur le guide. De plus, la grille d'observations des repas était pratique à remplir sur le logiciel Excel et les observations ont été facilement réalisables selon cette famille.

7 Observations complémentaires

Ces résultats n'ont pas fait l'objet d'observations précises dans la grille des repas à remplir. Néanmoins, ce sont des informations ajoutées par la famille, qui sont apparues pertinentes pour compléter les observations déjà réalisées.

Lors de la première période d'observation des repas, la famille de C. a remarqué plusieurs réflexes nauséux. Ceux-ci étaient déjà présents lorsque la famille proposait des purées, avant la mise en place du protocole d'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome. Ces réflexes nauséux ont pu être source de stress pour les parents de C., notamment lors de cette première période d'observation. En outre, la nourrice de la petite fille a également observé une différence dans son alimentation depuis que les essais d'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome ont été mis en place. Elle ne pratique pas cette approche avec C. mais a tout de même observé des changements au niveau de sa façon de manger, qui n'ont pas été précisés.

Lors de la deuxième période, des réflexes nauséux ont également été observés mais ils n'ont pas engendré d'anxiété chez les parents de C. Ceux-ci remarquent également que la petite fille semble plus intéressée lorsque des morceaux lui sont présentés que lorsque ce sont des purées, auxquelles elle a été exposée entre les deux périodes d'observation. La famille de C. précise que les quantités ingérées restent plutôt faibles mais qu'elle peut tout à fait accepter différentes textures. En effet, les purées industrielles en pot n'étaient acceptées que sous la forme lisse avant la mise en place du protocole, et il est aujourd'hui possible de proposer à C. des textures qui ne sont pas lisses.

IV Discussion

Aujourd'hui, l'introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome est une nouvelle manière de réaliser la diversification alimentaire. Elle présente plusieurs bénéfices chez des enfants ayant un développement typique. Sachant cela, il était intéressant de se demander si les mêmes avantages pouvaient être présents chez des enfants présentant un TAP. Il s'agissait donc de répondre à cette question à travers une étude de cas menée auprès d'une enfant âgée de huit mois et demi, ayant un diagnostic de TAP. Les hypothèses formulées étaient les suivantes : l'introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome améliorerait sa mastication, son comportement alimentaire, les attitudes et sentiments de ses parents vis-à-vis de son trouble et augmenterait sa prise alimentaire globale.

1 A propos de la mastication

La première hypothèse formulée était la suivante : l'introduction de morceaux en suivant une approche d'alimentation autonome améliorerait la mastication. Cette hypothèse est validée dans le cas de C. En revanche, il est nécessaire d'apporter quelques nuances à ce propos. Lors du deuxième repas de la première période, C. avait tendance à réaliser des mouvements de succion qui prennent habituellement place chez le nourrisson, de la naissance à trois mois environ (Abadjian & Courrège, 2022). Ensuite, des mouvements latéraux ont été observés lors des deux derniers repas de la première période ainsi que lors de tous les repas de la deuxième période. Pour expliquer cela, il est nécessaire de préciser que la mastication est définie comme une action sensori-motrice qui permet de préparer les aliments en bouche avant la déglutition (Le Révérend et al., 2014 ; van der Bilt et al., 2006). Pour réaliser cette action, plusieurs organes et os sont nécessaires, à savoir, la langue, les joues, les lèvres, les mâchoires (composées du maxillaire et de la mandibule), et les dents (Le Révérend et al., 2014 ; Remijn et al., 2014 ; van der Bilt et al., 2006). Les auteurs venant d'être cités précisent que les mouvements masticatoires doivent être rythmés et coordonnés pour que la mastication soit efficace. Ce dernier élément a bien été relevé par la famille de C. qui évoque une mastication semblant « de plus en plus présente et efficace ». Puis, plus précisément, la langue ne doit pas passer devant les dents et doit effectuer des mouvements latéraux pour rassembler les aliments sous la forme d'un bolus (Remijn et al., 2014). Il est donc tout à fait positif d'avoir observé ces mouvements latéraux chez C. En revanche, comme cela a été dit précédemment, les compétences oro-motrices évoluent rapidement entre six et dix à douze mois environ (da Costa et al., 2017 ; Marduel Boulanger & Vernet, 2018). Ainsi, C. se trouvant exactement dans cette tranche d'âge, il est possible que ces changements au niveau masticatoire ne soient pas uniquement dus à l'introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome. En effet, la mastication peut également évoluer en suivant le développement normal de la petite fille mais cette hypothèse est à nuancer car la durée du protocole reste relativement courte. De plus, ces mouvements latéraux étant apparus durant de la mise en place du protocole, il semble que ce dernier a réellement permis leur mise en place. A terme, en plus des mouvements latéraux de langue, la mandibule, qui désigne la partie inférieure de la mâchoire (Le Révérend et al., 2014), doit réaliser des mouvements verticaux et latéraux, ce qui doit mener à une mastication rotatoire (Le Révérend et al., 2014 ; Remijn et al., 2014). Cette dernière a donc encore le temps de se mettre en place chez C. puisqu'il est nécessaire de rappeler que la mastication peut mûrir au moins jusqu'à vingt-quatre mois (da Costa et al., 2017).

2 A propos du comportement alimentaire de l'enfant

La deuxième hypothèse formulée était la suivante : l'introduction de morceaux en suivant une approche d'alimentation autonome améliorerait le comportement alimentaire de l'enfant (avec

plus d'autonomie et de plaisir et moins de refus et de pleurs, etc.). Cette hypothèse est validée chez C. Effectivement, des comportements positifs ont été remarqués par la famille de C. pour la grande majorité des repas observés. Ceci est en accord avec la littérature, qui évoque des comportements alimentaires positifs face à la nourriture lorsque des enfants présentant un développement typique sont exposés aux morceaux et utilisent une approche d'alimentation autonome (Brown et al., 2017 ; Rapley, 2018 ; Taylor et al., 2017 ; Utami et al., 2020). Seulement un repas a mené à des comportements plus difficiles où C. a pleuré, tourné la tête et fermé la bouche. Ceci peut être mis en lien avec un éventuel état émotionnel plus fragile ce jour-là. Une étude de Cameron et al. (2012b) a également évoqué que cette approche d'alimentation peut être plus difficile à mettre en place lorsque l'enfant est malade par exemple. Il est important d'ajouter que la mise en place de cette approche d'alimentation est nouvelle dans le quotidien de C. et que cela nécessite une grande adaptation de sa part ainsi que de la part de sa famille. L'amélioration attendue est donc plutôt progressive et peut être marquée par des difficultés ponctuelles. Par ailleurs, plusieurs auteurs relèvent un caractère moins exigeant envers les aliments proposés, avec des enfants moins difficiles (Brown et al., 2017; D'Auria et al., 2018; Taylor et al., 2017; Utami et al., 2020). Ceci se vérifie en partie dans le comportement de C. puisqu'elle a pu se mettre en contact avec tous les aliments proposés, même si elle n'a pas tout mangé à chaque fois. En outre, Cameron et al. (2012b) évoquent également un certain enthousiasme face à la nourriture. Ceci a été observé par la mère de C. qui évoque que la petite fille a pris « du plaisir » lors des repas pour lesquels cette approche d'alimentation lui était proposée. La famille recense moins de pleurs et plus de sérénité. Des études rapportent aussi la présence de comportements exploratoires, qui montrent que l'enfant est curieux de découvrir ce qu'il a dans son assiette et ceci est associé à un comportement positif (Cichero et al., 2012b ; Rapley, 2016). Ces comportements exploratoires ont été présents chez C. En effet, elle a souvent écrasé les morceaux et joué avec avant de les prendre en main plutôt facilement. Les parents ont pu dire de nombreuses fois que leur fille semblait vraiment « intéressée » par les morceaux. De plus, le fait que l'enfant puisse participer aux repas de la famille semble également être un bon indicateur d'un comportement alimentaire positif (Cichero, 2016; D'Auria et al., 2018; Utami et al., 2020). Enfin, l'autonomie laissée à l'enfant dans cette approche d'alimentation est vraiment importante et participe à l'enthousiasme relevé lors des repas (Arden & Abbott, 2014 ; Baudin, 2014 ; Rapley, 2016 ; Utami et al., 2020). Cet élément revient souvent dans les observations des parents de C. En effet, la petite fille a pu gérer en autonomie ses réflexes nauséux et sa mère a rapporté qu'elle semblait même préférer réaliser la gestion de son alimentation seule.

3 A propos des attitudes et ressentis des parents

La troisième hypothèse formulée était la suivante : l'introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome améliorerait les attitudes et ressentis des parents face au

trouble de leur enfant (avec moins de forçage alimentaire, moins de stratégies compensatoires pour faire manger l'enfant et moins de sentiment d'échec, etc.). Cette hypothèse est validée dans le cas des parents de C. En effet, les résultats obtenus sont en accord avec la littérature qui relève plusieurs bénéfices sur cet aspect lorsque les parents proposent cette approche d'alimentation à leur enfant présentant un développement typique. Tout d'abord, des auteurs évoquent peu d'anxiété de la part des parents autour des repas (Arden & Abbott, 2014 ; Bocquet et al., 2023 ; Brown et al., 2017 ; Cameron et al., 2012b ; Cichero, 2016 ; D'Auria et al., 2018). Dans le cas des parents de C., cet élément se vérifie en partie mais il est nécessaire d'apporter des nuances. Lors de la première période d'introduction des morceaux, la mère de C. a rapporté beaucoup de stress à propos des réflexes nauséeux et de la gestion des morceaux de sa fille. Ceci a évolué puisque la famille a évoqué ensuite beaucoup moins d'angoisse après la mise en place du protocole. En outre, cette absence de stress s'accompagne de confiance et de plaisir lors des repas (Arden & Abbott, 2014 ; Brown et al., 2017 ; Cameron et al., 2012b ; Utami et al., 2020). Ceci engendre une grande sérénité et par extension, peu, voire pas de forçage alimentaire (Cameron et al., 2012b ; D'Auria et al., 2018), qui est souvent une stratégie pour faire manger l'enfant, notamment dans le cadre des TAP (Guillerme, 2014 ; Milano et al., 2019 ; Ramsay, 2001 ; Were & Lifschitz, 2018). Dans le cas de C., ces éléments se vérifient puisque sa mère a évoqué moins « d'énervement » et elle a précisé avoir davantage confiance en les capacités de sa fille. Tout ceci forme un cercle vertueux, dans lequel les parents font confiance à leur enfant en le laissant manger seul, ils constatent qu'il peut gérer les morceaux (Utami et al., 2020), ils sont donc rassurés, ils ne réalisent plus de stratégies pouvant être néfastes et ils prennent du plaisir autour des repas (Arden & Abbott, 2014 ; Brown et al., 2017). Ceci se vérifie réellement pour cette famille. Le fait que celle-ci ait rapporté l'augmentation de plaisir et de sérénité lors des repas est positif puisque ces éléments sont très souvent impactés dans le cadre des TAP, dans lesquels, comme cela a été dit précédemment, de nombreux conflits sont souvent présents (Guillerme, 2014 ; Lecoufle & Lesecq-Lambre, 2016 ; Ramsay, 2001 ; Were & Lifschitz, 2018 ; Werthmann et al., 2015).

4 A propos de la prise alimentaire de l'enfant

La quatrième hypothèse formulée était la suivante : l'introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome augmenterait la prise alimentaire de l'enfant (avec l'acceptation de différentes textures et donc un panel alimentaire élargi). Cette hypothèse est validée lorsqu'il s'agit d'une plus grande acceptation des textures. En effet, la famille de C. a relevé un grand intérêt pour les morceaux qui ont été présentés à la petite fille. Elle a ajouté que celle-ci accepte aujourd'hui de manger des pots de purée industrielle avec une texture non lisse, ce qui était auparavant impossible puisqu'elle ne pouvait accepter que des textures lisses. Ceci est en accord avec la littérature qui existe au sujet de la prise alimentaire dans

une approche d'alimentation telle que l'introduction de morceaux en alimentation autonome lorsqu'elle est proposée chez des enfants présentant un développement typique. En effet, plusieurs auteurs relèvent que les enfants ont tendance à essayer plus facilement de nouvelles textures et qu'ils sont donc plus susceptibles d'apprécier une variété d'aliments (Cameron et al., 2012b ; Rapley, 2018 ; Utami et al., 2020). Ces éléments font que leur panel alimentaire est élargi (Brown et al., 2017 ; Utami et al., 2020). En revanche, l'hypothèse n'est pas validée lorsqu'il s'agit de la prise alimentaire en termes de quantité. En effet, les quantités mangées par C. sont très aléatoires d'un repas à l'autre. Si la petite fille peut tout à fait porter les aliments qui lui sont proposés en bouche, la prise alimentaire finale n'est pas vraiment augmentée puisque les quantités réellement ingérées restent faibles le plus souvent. Ce comportement est plus ou moins en accord avec ce qui est décrit dans la littérature. Effectivement, Milano et al. (2019) évoquent une prise alimentaire améliorée lorsque cette approche d'alimentation est proposée. En revanche, l'étude récente de Bocquet et al. (2023) révèle qu'avec cette approche d'alimentation, il arrive parfois que les enfants mangent peu de morceaux lors des deux premiers mois d'introduction de morceaux en alimentation autonome. Il y aurait ensuite une augmentation rapide de la quantité d'aliments ingérés, ceux-ci prenant ensuite peu à peu la place de l'alimentation lactée. Ceci semble se retrouver dans le cas de C., qui, comme cela a été dit précédemment, doit prendre le temps de se familiariser avec ce nouveau mode d'alimentation.

5 Limites et perspectives

Comme l'approche d'introduction de morceaux avec une alimentation autonome est récente, elle nécessite d'être encore investiguée. La littérature qui existe étudie plutôt la mise en place de cette approche chez des enfants ayant un développement typique et met en évidence plusieurs bénéfices qui sont recensés dans la recherche scientifique et qui ont été exposés dans la partie théorique. Néanmoins, il reste encore quelques réticences médicales face à l'idée de proposer une approche d'alimentation autonome par rapport à une diversification alimentaire classique. En effet, les médecins ont des inquiétudes à propos d'un apport énergétique qui serait insuffisant (Cameron et al., 2012b, 2012a, 2015), d'un risque d'obésité plus important (Arden & Abbott, 2014), d'une consommation insuffisante en fer (Brown et al., 2017 ; D'Auria et al., 2018 ; Utami et al., 2020) et d'un risque d'étouffement (Brown et al., 2017 ; Cameron et al., 2012b, 2012a, 2015 ; Utami et al., 2020). Cependant, d'autres études vont à l'encontre de ces inquiétudes. Effectivement, il n'y aurait pas de différence dans les apports énergétiques selon l'utilisation de l'une ou l'autre approche (Brown et al., 2017 ; D'Auria et al., 2018 ; Taylor et al., 2017). Il n'y aurait pas de différence de poids entre les enfants (Brown et al., 2017) mais cette donnée étant difficile à traiter en raison de nombreuses variations interindividuelles, les auteurs ne tirent pas de réelle conclusion à propos de cette question (Cameron et al., 2012b). Quant à la consommation de fer, les quantités ingérées et la

fréquence de proposition seraient les mêmes, que les enfants suivent l'une ou l'autre approche (Cameron et al., 2015 ; D'Auria et al., 2018 ; Rowan et al., 2019 ; Taylor et al., 2017). Enfin, le risque d'étouffement ne serait pas plus grand avec une approche d'alimentation autonome mais les auteurs précisent qu'il faut rester vigilant et ne pas proposer des morceaux non sécuritaires (Brown, 2018 ; D'Auria et al., 2018 ; Taylor et al., 2017). Il est nécessaire d'apporter une nuance sur cet aspect en précisant qu'il est de toute façon impossible de vérifier que les parents proposent bien des aliments sécuritaires et adaptés au quotidien. Ainsi, le fait qu'il existe tous ces éléments divergents montre que des recherches complémentaires doivent être effectuées afin d'obtenir des consensus plus fiables à propos de chacune de ces inquiétudes. Néanmoins, comme cela a été dit dans la partie théorique, l'introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome fait aujourd'hui partie des différents moyens qui sont à disposition des parents pour réaliser la diversification alimentaire de leur enfant. C'est pourquoi, comme des bénéfices sont présents chez des enfants qui ne présentent pas de difficulté particulière, l'idée originale de ce travail était de proposer cette approche à un enfant présentant un trouble alimentaire pédiatrique. Pour mettre cela en pratique, la méthodologie qui a semblé la plus pertinente était l'étude de cas. Celle-ci rentre dans le cadre du grade C des recommandations, c'est-à-dire qu'elle constitue un faible niveau de preuve scientifique en raison, entre autres, de la faiblesse des échantillons, des biais méthodologiques et de l'impossibilité de généraliser les résultats à une population (Haute Autorité de Santé, 2013). En effet, l'échantillon observé était faible dans cette étude et les résultats obtenus ne permettent pas de généraliser ce qui a été observé à une population en particulier puisqu'ils ne sont valables que pour l'enfant qui a participé à la mise en place du protocole. En revanche, ce travail peut représenter un point de départ pour d'autres recherches dans le domaine de l'oralité en orthophonie. Par ailleurs, aucune donnée quantitative n'a été récoltée. Ce sont donc des observations uniquement qualitatives, et donc, non objectives, qui ont été transcrites dans ce mémoire. Malgré cela, il y a eu une volonté de cadrer ces observations à travers une plaquette d'informations sur l'introduction des morceaux ainsi qu'une grille précise qui a permis de guider les parents lors des deux périodes d'observation de repas. D'ailleurs, comme les observations ont été réalisées par les parents, cela soulève plusieurs points positifs et négatifs. Leur point de vue est subjectif et le lexique employé pour remplir la grille d'observations leur est propre. Même si un mode d'emploi était à leur disposition, ils ont pu décrire les différents éléments comme ils le souhaitaient. Ainsi, il n'y avait pas de lexique commun à tous, ce qui a pu mener à un biais d'interprétation. Pour remédier à cela, il aurait pu être intéressant de proposer par exemple une liste d'adjectifs afin que les parents en choisissent un pour décrire les différents comportements observés mais cela aurait peut-être restreint la description réelle de ces comportements. Par ailleurs, les parents sont souvent les mieux placés pour observer leur enfant et ce sont eux qui le

connaissent le mieux. Pour cette raison, il est possible de dire que les observations qui ont été récoltées sont ajustées et correctes. De plus, le fait que cette étude de cas ait été réalisée au domicile de l'enfant et avec ses parents est intéressant. En effet, c'est un milieu tout à fait écologique, qui a probablement permis aux familles (parents et enfant) d'être dans un cadre sécurisant pour proposer cette approche d'alimentation. En outre, le fait que ce soit les parents qui mettent en place le protocole à domicile leur a peut-être permis d'agir tout de suite, de se sentir utiles et de se projeter dans cette approche d'alimentation. En effet, il n'est pas rare d'observer des familles démunies face au TAP de leur enfant et qui cherchent des moyens de l'aider (Barbier, 2014 ; Guillaume, 2014 ; Lecoufle & Leseq-Lambre, 2016 ; Pallas, 2022). Le domicile de l'enfant est l'endroit où celui-ci sera le plus souvent amené à découvrir les textures et les goûts. Pour cette raison, l'étude de cas réalisée au domicile était pertinente. Ceci est en accord avec les recommandations de bonne pratique dans le cadre des troubles du neurodéveloppement, qui évoquent l'accompagnement parental comme un élément primordial de la prise en soin. Les parents doivent être placés au centre de la prise en soin et être rassurés et valorisés dans leur rôle de parents (Haute Autorité de Santé & Société Française de Néonatalogie, 2020). Par ailleurs, en plus des observations parentales qui sont essentielles, il pourrait tout de même être intéressant de recueillir des observations venant d'orthophonistes, qui sont les professionnels les mieux placés pour rééduquer ce trouble. Cela permettrait d'avoir des observations plus objectives qui ne seraient pas influencées par l'aspect affectif de la relation entre les parents et leur enfant. Le lexique employé serait plus professionnel puisque les observations seraient traduites directement en termes orthophoniques.

Pour aller plus loin dans ce travail et pour confirmer ou infirmer les différents résultats qui ont été observés, il serait intéressant de réaliser une évaluation différée, c'est-à-dire plusieurs semaines après les deux observations. Dans ce travail, il a tout de même été possible d'observer cinq repas à deux reprises, avec trois semaines d'intervalle entre les deux périodes. Cela a permis de constater les premières évolutions dans l'alimentation de l'enfant, qu'elles aient été positives, négatives ou absentes. Mais, d'autres observations à intervalles réguliers et sur du plus long terme permettraient d'obtenir plus de données et de pouvoir obtenir un consensus plus fiable à propos de cette approche d'alimentation dans le cadre d'un TAP. Par ailleurs, ce travail peut représenter un point de départ pour donner des pistes de réflexion et enrichir la recherche en orthophonie, dans la mesure où il pourrait être poursuivi. Effectivement, pour le continuer, il serait intéressant de proposer le protocole à une plus grande échelle. Il faudrait que davantage de familles puissent participer et réaliser plus d'observations de repas en introduisant les morceaux avec une approche d'alimentation autonome. Par ailleurs, si un échantillon plus grand était établi, il serait également intéressant d'intégrer un autre groupe, ce qui permettrait de comparer les sujets entre eux. Il pourrait par

exemple y avoir deux groupes d'enfants présentant un TAP, l'un suivant une approche de diversification alimentaire classique et l'autre suivant une approche d'introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome. De plus, il serait aussi intéressant d'avoir des mesures chiffrées et donc plus susceptibles d'être normées (une mesure du poids de l'enfant par exemple ou encore un nombre de réflexe nauséeux), et d'obtenir ainsi des données quantitatives. Il serait également intéressant de recueillir d'autres données quantitatives grâce à une échelle d'évaluation de la qualité de vie qui pourrait être proposée aux parents en pré-test puis post-test de la période d'introduction de morceaux avec une approche d'alimentation autonome. Il s'agirait par exemple d'inclure des échelles de Likert, afin de pouvoir mesurer le niveau d'anxiété des parents, la façon dont se déroule les repas, etc. Cela pourrait être par exemple : « Sur une échelle de un à cinq points, à combien évalueriez-vous votre niveau d'anxiété lors des repas de votre enfant ? » ; l'item numéro un correspondant à une faible anxiété et l'item numéro cinq, à une anxiété plus forte. Ceci permettrait d'obtenir des scores quantitatifs qui seraient pertinents pour pouvoir comparer le patient à lui-même et observer ou non plus objectivement, des évolutions dans son alimentation. Par ailleurs, il serait aussi pertinent de contrôler la façon dont les familles mettent en place cette introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome. En effet, l'étude de Bocquet et al. (2023) met en lumière qu'il n'est pas certain que les parents respectent toutes les recommandations lorsqu'ils proposent l'approche. Il serait donc utile de bien vérifier l'installation de l'enfant ou encore la taille des morceaux proposés, afin d'être certain que ce mode d'alimentation soit sécurisé. De plus, le travail de mémoire étant réalisé sur une courte période, seulement quatre hypothèses ont été formulées et testées à travers cette étude de cas. Néanmoins, pour aller plus loin, il serait pertinent de formuler d'autres hypothèses. Dans ce travail, des résultats complémentaires ont émergé alors qu'ils n'étaient pas nécessairement attendus, notamment sur le réflexe nauséeux. Cela pourrait donc constituer de nouveaux éléments à observer plus objectivement dans cette approche d'alimentation.

Par ailleurs, si l'introduction des morceaux avec un approche d'alimentation autonome devenait un moyen plus répandu de réaliser la diversification alimentaire dans certains cas de TAP, il serait nécessaire de sensibiliser les parents au fait qu'ils ne sont pas obligés de suivre strictement l'approche. Il est possible de la proposer dans le cadre d'une diversification alimentaire mixte (Pallas, 2022), comme cela a été évoqué précédemment. Il serait en effet nécessaire de tranquilliser les parents en leur expliquant que si l'enfant refuse parfois les morceaux proposés, des aliments sous forme de purée peuvent tout à fait lui être donnés. De plus, ils peuvent intervenir s'ils constatent que leur enfant a besoin d'aide pour manger. Il est important de repérer et respecter les signes de faim et de satiété de l'enfant (Bocquet et al., 2023), qui semblerait capable de les ressentir en autonomie (Arden & Abbott, 2014 ; Utami et al., 2020). L'essentiel est que les repas soient réalisés dans une atmosphère détendue et

plaisante pour réduire le risque de conflits (Programme National Nutrition Santé (PNNS), 2004).

Même si les résultats obtenus dans ce mémoire ne sont pas généralisables à toute la population des enfants qui présentent un TAP et ne sont valables que pour la petite fille qui a participé à l'étude, certaines perspectives plus concrètes pour l'orthophonie peuvent être décrites. Si cette approche s'avérait représenter un moyen efficace dans la remédiation des TAP, il serait pertinent d'encourager les orthophonistes à la proposer à certains de leurs patients possédant les compétences nécessaires pour ce mode d'alimentation. Evidemment, la proposition de cette approche devrait se faire dans le cadre d'un accompagnement parental, qui serait primordial afin de s'assurer que les parents respectent bien les consignes de sécurité et de vérifier objectivement que cela aide l'enfant dans son trouble. De plus, comme cela a été évoqué précédemment, il s'agirait de proposer cette approche en parallèle d'une rééducation orthophonique plus classique qui comporte habituellement un travail sensoriel, moteur et comportemental selon le profil de l'enfant.

V Conclusion

Cette étude de cas avait donc pour objectif de savoir si une introduction précoce de morceaux en suivant une approche d'alimentation autonome pouvait améliorer l'alimentation d'une enfant de huit mois et demi présentant un TAP. Plus précisément, il s'agissait de s'intéresser à la mastication, au comportement alimentaire de l'enfant, aux attitudes et ressentis de ses parents ainsi qu'à la prise alimentaire globale qui sont des éléments souvent mis à mal lors des repas, dans le cadre d'un TAP. Les hypothèses concernant une amélioration de la mastication, du comportement alimentaire de l'enfant et des attitudes et ressentis des parents, sont toutes les trois validées dans le cas de C. Quant à l'hypothèse concernant l'augmentation de la prise alimentaire globale, il n'est pas possible de la valider dans le cas de la petite fille. Il est tout de même important de faire ressortir que la validation des trois premières hypothèses représente un élément positif pour C. puisque plusieurs aspects de son alimentation ont évolué et ont permis une amélioration de ses difficultés dans le cadre de son TAP. Même si ces résultats ne sont pas généralisables à la population des enfants présentant le même trouble, cette étude pourrait constituer un début de réflexion afin de rechercher si les mêmes améliorations se trouvent chez davantage d'enfants présentant un TAP. A terme, si cette approche d'alimentation avait un impact positif sur l'alimentation de plus d'enfants, il serait intéressant de sensibiliser les orthophonistes à son propos, afin qu'ils puissent envisager de la proposer à certaines familles, en parallèle de la rééducation orthophonique. Il serait primordial d'accompagner les parents pour qu'ils puissent la mettre en place en toute sécurité. En effet, le TAP impactant fortement les moments de repas familiaux de manière négative, cela pourrait être une solution pour réduire les conflits et ainsi, retrouver du plaisir autour des repas.

Liste des références

- Abadjian, F., & Courrège, C. (2022). *Mon bébé commence la DME*. Albin Michel.
- Adolph, K. E., & Franchak, J. M. (2017). The development of motor behavior. *Wiley Interdisciplinary Reviews. Cognitive Science*, 8(1-2). <https://doi.org/10.1002/wcs.1430>
- Arden, M. A., & Abbott, R. L. (2014). Experiences of baby-led weaning : Trust, control and renegotiation. *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), 829-844. <https://doi.org/10.1111/mcn.12106>
- Barbier, I. (2014). L'intégration sensorielle : De la théorie à la prise en charge des troubles de l'oralité. *Contraste*, 39(1), 143-159. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0143>
- Baudin, M.-A. (2014). Le diversification alimentaire de l'enfant : À la recherche du bon sens oublié. *Spirale*, 72(4), 65-71. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0065>
- Bocquet, A., Brancato, S., Turck, D., Briend, A., Chalumeau, M., Darmaun, D., De Luca, A., Dupont, C., Feillet, F., Frelut, M.-L., Guimber, D., Lapillonne, A., Linglart, A., Peretti, N., Rozé, J.-C., Simeoni, U., & Chouraqui, J.-P. (2023). « La diversification alimentaire menée par l'enfant » (DME) : Progrès dans l'alimentation du nourrisson ou pratique à risque ? *Perfectionnement en Pédiatrie*, 6(1), 40-55. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2023.01.012>
- Borowitz, S. M. (2021). First Bites-Why, When, and What Solid Foods to Feed Infants. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 654171. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.654171>
- Brown, A. (2018). No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 31(4), 496-504. <https://doi.org/10.1111/jhn.12528>
- Brown, A., Jones, S. W., & Rowan, H. (2017). Baby-led Weaning : The Evidence to Date. *Current Nutrition Reports*, 6(2), 148-156. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0201-2>

- Cameron, S. L., Heath, A.-L. M., & Taylor, R. W. (2012a). Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning : A content analysis study. *BMJ Open*, 2(6), e001542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>
- Cameron, S. L., Heath, A.-L. M., & Taylor, R. W. (2012b). How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*, 4(11), 1575-1609. <https://doi.org/10.3390/nu4111575>
- Cameron, S. L., Taylor, R. W., & Heath, A.-L. M. (2015). Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatrics*, 15(99), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>
- Castelain-Levêque, V., Chancerelle, O., François, A.-T., & Leblanc, V. (2004). Parents-soignants, une alliance originale : Le groupe MIAM-MIAM. *Rééducation Orthophonique*, 220, 195-198. <https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHQB8-W01MMW-1H2/Trouble>
- Cichero, J. A. Y. (2016). Introducing solid foods using baby-led weaning vs. Spoon-feeding : A focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. *Nutrition Bulletin*, 41(1), 72-77. <https://doi.org/10.1111/nbu.12191>
- Clayton, H. B., Li, R., Perrine, C. G., & Scanlon, K. S. (2013). Prevalence and reasons for introducing infants early to solid foods : Variations by milk feeding type. *Pediatrics*, 131(4), e1108-1114. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2265>
- Coulthard, H., Harris, G., & Emmett, P. (2009). Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal & Child Nutrition*, 5(1), 75-85. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00153.x>

- da Costa, S. P., Remijn, L., Weenen, H., Vereijken, C., & van der Schans, C. (2017). Exposure to texture of foods for 8-month-old infants : Does the size of the pieces matter? *Journal of Texture Studies*, 48(6), 534-540. <https://doi.org/10.1111/jtxs.12271>
- D'Auria, E., Bergamini, M., Staiano, A., Bandareli, G., Penderzza, E., Penagini, F., Zuccotti, G. V., & Peroni, D. G. (2018). Baby-led weaning : What a systematic review of the literature adds on. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(49), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0487-8>
- Demonteil, L., Ksiazek, E., Marduel, A., Dusoulier, M., Weenen, H., Tournier, C., & Nicklaus, S. (2018). Patterns and predictors of food texture introduction in French children aged 4-36 months. *The British Journal of Nutrition*, 120(9), 1065-1077. <https://doi.org/10.1017/S0007114518002386>
- Demonteil, L., Tournier, C., Marduel, A., Dusoulier, M., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2019). Longitudinal study on acceptance of food textures between 6 and 18 months. *Food Quality and Preference*, 71, 54-65. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2018.05.010>
- Ferland, F. (2014). *Le développement de l'enfant au quotidien : De 0 à 6 ans*. Editions du CHU Sainte-Justine.
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding : A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119-132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Ghisolfi, J. (2010). Place des laits au cours de la diversification alimentaire des nourrissons et enfants en bas âge en France. *Archives de Pédiatrie*, 17, S195-S198. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(10\)70926-X](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(10)70926-X)

- 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>
- Gosa, M. M., Dodrill, P., Lefton-Greif, M. A., & Silverman, A. (2020). A Multidisciplinary Approach to Pediatric Feeding Disorders : Roles of the Speech-Language Pathologist and Behavioral Psychologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *29*(2S), 956-966. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00069
- Green, J. R., Simione, M., Le Révérend, B., Wilson, E. M., Richburg, B., Alder, M., Del Valle, M., & Loret, C. (2017). Advancement in Texture in Early Complementary Feeding and the Relevance to Developmental Outcomes. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, *87*, 29-38. <https://doi.org/10.1159/000448935>
- Grevesse, P., Van Wingham, J., Franck, L., Dassy, M., Cormann, N., Charlier, D., & Hermans, D. (2020). Le trouble alimentaire pédiatrique. *Percentile : la revue des pédiatres*, *25*(2), 12-15. <http://hdl.handle.net/2078.1/236187>
- Griffin, S. (2021). *L'alimentation autonome du bébé*. Pratico Edition. <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=NC1QEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT16&dq=donner+des+morceaux+de+quelle+taille+%C3%A0+mon+b%C3%A9b%C3%A9&ots=R6JMp8q1Bc&sig=vURsOfFkHfx-f0RB-pkMT3Moip0#v=onepage&q&f=false>
- Grummer-Strawn, L. M., Scanlon, K. S., & Fein, S. B. (2008). Infant feeding and feeding transitions during the first year of life. *Pediatrics*, *122* Suppl 2, S36-42. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1315d>
- Guillerme, C. J. (2014). L'oralité troublée : Regard orthophonique. *Spirale*, *72*(4), 25-38. <https://doi.org/10.3917/spi.072.0025>

- Haute Autorité de Santé, & Société Française de Néonatalogie. (2020). *Recommandation de bonne pratique. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_recommandations_reperage_tnd_mel_v2.pdf
- Illingworth, R. S., & Lister, J. (1964). The critical or sensitive periode, with special reference to certain feeding problems in infants and children. *The Journal of Pediatrics*, 65(6), 839-848. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(64\)80006-8](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(64)80006-8)
- Juchet, A., Chabbert, A., Pontcharraud, R., Sabouraud-Leclerc, D., & Payot, F. (2014). Diversification alimentaire chez l'enfant : Quoi de neuf ? *Revue Française d'Allergologie*, 54(6), 462-468. <https://doi.org/10.1016/j.reval.2014.05.003>
- Le Révérend, B. J. D., Edelson, L. R., & Loret, C. (2014). Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood. *The British Journal of Nutrition*, 111(3), 403-414. <https://doi.org/10.1017/S0007114513002699>
- Lecoufle, A., & Leseq-Lambre, E. (2016). Les troubles de l'oralité alimentaire et l'orthophonie. *L'Orthophoniste*, 364, 19-26. <http://www.locauxdeschaperons.be/wp-content/uploads/2018/05/Les-troubles-de-loralit%C3%A9-alimentaire-et-la-logop%C3%A9die.pdf>
- Lemarchand, L., Canault, M., & Kern, S. (2020). L'introduction des textures dans la période de diversification alimentaire en France. *Enfance*, 4(4), 527-548. <https://doi.org/10.3917/enf2.204.0527>
- Maillier, A., Boichon, A., Bois, C., & Destombe, S. (2019). Diversification alimentaire et statut socio-économique. *Santé Publique*, 31(1), 61-70. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0061>
- Marduel Boulanger, A., & Vernet, M. (2018). Introduction of new food textures during complementary feeding : Observations in France. *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie*, 25(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.10.025>

- McComish, C., Brackett, K., Kelly, M., Hall, C., Wallace, S., & Powell, V. (2016). Interdisciplinary Feeding Team : A Medical, Motor, Behavioral Approach to Complex Pediatric Feeding Problems. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(4), 230-236.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000252>
- Milano, K., Chatoor, I., & Kerzner, B. (2019). A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Current Gastroenterology Reports*, 21(10), 51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
- Nicklaus, S. (2011). Children's acceptance of new foods at weaning. Role of practices of weaning and of food sensory properties. *Appetite*, 57(3), 812-815.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.321>
- Northstone, K., Emmett, P., Nethersole, F., & ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. (2001). The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 14(1), 43-54.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2001.00264.x>
- Pallas, É. (2022). La diversification alimentaire de l'enfant : Une vraie danse parent-enfant ! *Spirale*, 104(4), 70-78. <https://doi.org/10.3917/spi.104.0070>
- Programme National Nutrition Santé (PNNS). (2004). *Le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents*.
https://www.carinegrimm.ch/wa_files/guide%20de%20la%20nutrition.pdf
- Puech, M., & Vergeau, D. (2004). Dysoralité : Du refus à l'envie. *Rééducation orthophonique*, 220, 127-141. <https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1MWJVHZB8-W01MMW-1H2/Trouble>
- Ramsay, M. (2001). Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants. Une nouvelle perspective. *Devenir*, 13(2), 11-28. <https://doi.org/10.3917/dev.012.0011>

- Rapley, G. (2016). Starting solid foods : Does the feeding method matter ? *Early Child Development and Care*, 188(8), 1109-1123. <https://doi.org/10.1080/03004430.2016.1250080>
- Rapley, G. (2018). Baby-led weaning : Where are we now ? *Nutrition Bulletin*, 43(3), 262-268. <https://doi.org/10.1111/nbu.12338>
- Remijn, L., Speyer, R., Groen, B. E., van Limbeek, J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2014). Validity and reliability of the Mastication Observation and Evaluation (MOE) instrument. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1551-1561. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.035>
- Rochoy, M., Mameche-Yazit, A., Puzkarek, T., & Carré, M. (2021). Diversification alimentaire chez les enfants de 6 à 12 mois : Connaissances des parents et facteurs influençant leurs pratiques. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 34(5), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2021.03.006>
- Rowan, H., Lee, M., & Brown, A. (2019). Differences in dietary composition between infants introduced to complementary foods using Baby-led weaning and traditional spoon feeding. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 32(1), 11-20. <https://doi.org/10.1111/jhn.12616>
- Saini, V., Kadey, H. J., Paszek, K. J., & Roane, H. S. (2019). A systematic review of functional analysis in pediatric feeding disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 52(4), 1161-1175. <https://doi.org/10.1002/jaba.637>
- Santé publique France. (2022). *Pas à pas, votre enfant mange comme un grand*. <https://www.mangerbouger.fr/content/show/1500/file/Brochure-SPF-Mangerbougerfr.pdf>
- Schwartz, C., Scholtens, P. A. M. J., Lalanne, A., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 57(3), 796-807. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.316>

- Scott, J. A., Binns, C. W., Graham, K. I., & Oddy, W. H. (2009). Predictors of the early introduction of solid foods in infants : Results of a cohort study. *BMC Pediatrics*, *9*(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-9-60>
- Taylor, R. W., Williams, S. M., Fangupo, L. J., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., Daniels, L., Fleming, E. A., McArthur, J., Morison, B., Erickson, L. W., Davies, R. S., Bacchus, S., Cameron, S. L., & Heath, A.-L. M. (2017). Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, *171*(9), 838-846. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1284>
- Toomey, K. A., & Ross, E. S. (2011). SOS Approach to Feeding. *ASHA Wire*, *20*(3), 82-87. <https://doi.org/10.1044/sasd20.3.82>
- Tournier, C., Bernad, C., Madrelle, J., Delarue, J., Cuvelier, G., Schwartz, C., & Nicklaus, S. (2021). Fostering infant food texture acceptance : A pilot intervention promoting food texture introduction between 8 and 15 months. *Appetite*, *158*, 104989. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104989>
- Tournier, C., Demonteil, L., Ksiazek, E., Marduel, A., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2020). Factors Associated With Food Texture Acceptance in 4- to 36-Month-Old French Children : Findings From a Survey Study. *Frontiers in Nutrition*, *7*, 616484. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.616484>
- Turck, D., Dupont, C., Vidailhet, M., Bocquet, A., Briend, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Feillet, F., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., Hankard, R., Goulet, O., Rieu, D., Rozé, J.-C., & Simeoni, U. (2015). Diversification alimentaire : Évolution des concepts et recommandations. *Archives de Pédiatrie*, *22*(5), 457-460. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.02.018>
- Utami, A. F., Wanda, D., Hayati, H., & Fowler, C. (2020). “Becoming an independent feeder” : Infant’s transition in solid food introduction through baby-led weaning. *BMC Proceedings*, *14*(18), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12919-020-00198-w>

van der Bilt, A., Engelen, L., Pereira, L. J., van der Glas, H. W., & Abbink, J. H. (2006). Oral physiology and mastication. *Physiology & Behavior*, *89*(1), 22-27.

<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.01.025>

Were, F. N., & Lifschitz, C. (2018). Complementary Feeding : Beyond Nutrition. *Annals of Nutrition & Metabolism*, *73 Suppl 1*, 20-25. <https://doi.org/10.1159/000490084>

Werthmann, J., Jansen, A., Havermans, R., Nederkoorn, C., Kremers, S., & Roefs, A. (2015). Bits and pieces. Food texture influences food acceptance in young children. *Appetite*, *84*, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.025>

World Health Organization, & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>

Annexes

Annexe A : Visuel de présentation du projet de mémoire	1
Annexe B : Visuel pour le questionnaire d'anamnèse.....	2
Annexe C : Questionnaire d'anamnèse	3
Annexe D : Plaquette d'informations sur l'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome	12
Annexe E : Grille d'observations des repas et mode d'emploi.....	13
Annexe F : Visuel pour le questionnaire de fin de protocole.....	14
Annexe G : Questionnaire de fin de protocole.....	15

MÉMOIRE D'ORTHOPHONIE

Bonjour !

Je m'appelle Emma Cuberli et je suis étudiante en cinquième année d'orthophonie au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Lyon. Vous avez accepté de participer à l'étude mise en place dans le cadre de mon mémoire de fin d'études (encadré par Fanny Abadjian et Magalie Vicedomini, orthophonistes) et je vous en remercie ! Votre aide m'est précieuse !

Mon mémoire s'intitule :

Introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome dans le cadre d'un trouble alimentaire pédiatrique : étude de cas unique

J'ai pour hypothèses qu'une introduction précoce de morceaux avec une approche d'alimentation autonome dans le cadre d'un trouble alimentaire pédiatrique améliorerait peut-être :

- 1. La mastication
- 2. Le comportement alimentaire de l'enfant
- 3. Les attitudes et ressentis des parents vis-à-vis du trouble de l'enfant
- 4. La prise alimentaire de l'enfant



Le protocole se déroulera en quatre étapes :

- Première étape : remplissage d'un questionnaire d'anamnèse à propos de votre enfant, de son développement et de ses difficultés
- Deuxième étape : réception de la plaquette informative à propos de la manière d'introduire des morceaux avec une approche d'alimentation autonome
- Troisième étape : remplissage d'une grille d'observation des repas à remplir pour 5 repas (si possible, nouveau remplissage un mois après)
- Quatrième étape : remplissage d'un questionnaire de fin de protocole

Si vous avez des questions durant la mise en place du protocole, vous pouvez me contacter au 07 69 77 04 92 ou à l'adresse mail emma.cuberli@gmail.com !

Je vous remercie de m'avoir lue !

QUESTIONNAIRE D'ANAMNÈSE

Vous participez à un protocole d'introduction de morceaux dans l'alimentation de votre enfant, avec une approche d'alimentation autonome, dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie.

Vous recevez aujourd'hui un questionnaire d'anamnèse qui a pour but de comprendre les comportements de votre enfant face à son trouble avant la mise en place de ce mode d'alimentation.

Ce questionnaire ne sera pas diffusé, il servira seulement à mieux connaître votre enfant et à noter, s'il y en a, des évolutions concernant son alimentation à la suite du protocole qui sera mis en place.

**Voici le QR CODE qui vous permet
d'accéder au questionnaire :**



Annexe C : Questionnaire d'anamnèse

Questionnaire d'anamnèse

Vous participez à un protocole d'introduction de morceaux dans l'alimentation de votre enfant, avec une approche d'alimentation autonome dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie.

Vous recevez aujourd'hui un **questionnaire d'anamnèse** qui a pour but de comprendre les comportements de votre enfant face à son trouble avant la mise en place de ce mode d'alimentation.

Ce questionnaire ne sera pas diffusé, il servira seulement à mieux connaître votre enfant et à noter, s'il y en a, des évolutions concernant son alimentation à la suite du protocole qui sera mis en place.

Informations générales

Initiale du prénom de votre enfant *

Votre réponse _____

Sexe de votre enfant *

Votre réponse _____

Date de naissance *

Date

jj/mm/aaaa

Âge de votre enfant au moment de la mise en place du protocole *

Votre réponse _____

Antécédents médicaux

Grossesse *

- RAS
- Complications pendant la grossesse

Si vous avez coché la case "Complications pendant la grossesse", pouvez-vous préciser lesquelles ?

Votre réponse _____

Accouchement *

- RAS
- Complications lors de l'accouchement

Si vous avez coché la case "Complications lors de l'accouchement", pouvez-vous préciser lesquelles ?

Votre réponse _____

Naissance *

- Naissance à terme
- Prématurité

Si vous avez coché la case "Prématurité", pouvez-vous préciser à combien de semaines votre enfant est né et s'il y a eu une prise en charge médicale particulière ?

Votre réponse

Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé antérieurs (répondre par * "oui" ou "non") ? Si oui, merci de préciser lesquels.

Votre réponse

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé actuellement (répondre par * "oui" ou "non") ? Si oui, merci de préciser lesquels.

Votre réponse

Histoire du trouble

Quel âge avait votre enfant au moment du diagnostic du trouble alimentaire pédiatrique (TAP) ? *

Votre réponse _____

Depuis combien de temps est-il suivi en orthophonie ? *

Votre réponse _____

Quelles sont les difficultés rencontrées au moment des repas ? *

Votre réponse _____

Environnement et famille

Quel est le mode de garde ? *

- Crèche
- Nounou
- A la maison avec un parent
- Autre

Si vous avez coché la case "Autre", merci de préciser comment votre enfant est gardé.

Votre réponse _____

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs (répondre par "oui" ou "non") ? *
Si oui, merci de préciser combien et l'âge de chacun d'entre eux.

Votre réponse _____

Quels sentiments sont éprouvés par les différents membres de la famille vis-à-vis des difficultés de votre enfant (parents, fratrie, entourage plus large) ? *

Votre réponse _____

Sensorialité

Votre enfant accepte-t-il de toucher différentes textures (alimentaires et non-alimentaires) ? S'il y en a, merci de préciser les textures qu'il ne supporte pas au toucher. *

Votre réponse _____

Porte-t-il les jouets (et autres éléments) en bouche ? *

Votre réponse _____

Est-il particulièrement sensible à certaines choses (lumière, caresses, bruits forts...) ? *

Votre réponse _____

Moment des repas

Dans cette rubrique, il s'agit de récolter des informations sur la manière dont se déroulent les repas d'habitude.

Comment est installé votre enfant pendant le repas ? *

- Assis dans une chaise haute
- Assis sur les genoux de quelqu'un
- Autre

Si vous avez coché la case "Autre", merci de préciser comment est installé votre enfant pendant le repas.

Votre réponse _____

Combien de temps dure le repas ? *

- Moins de 15 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Plus de 30 minutes

Quels aliments proposez-vous à votre enfant ? *

Votre réponse

Quels comportements observez-vous chez votre enfant ? *

Votre réponse

En tant que parents, comment vous sentez-vous pendant les repas ? *
Quels sont vos ressentis (stress, agacement...) ?

Votre réponse

Quelles stratégies mettez-vous en place pour que votre enfant mange ? *

Votre réponse

Alimentation actuelle et panel alimentaire

Quelle est l'alimentation lactée de votre enfant ? *

- Allaitement
- Biberon
- Autre

Si vous avez coché la case "Allaitement", pouvez-vous préciser combien de tétées il prend par jour et comment elles se déroulent (beaucoup de pauses, durée, signes d'inconfort ou non...)?

Votre réponse

Si vous avez coché la case "Biberon", pouvez-vous préciser quel lait vous lui donnez, les quantités de chaque biberon et ce qu'il boit réellement ?

Votre réponse

Si vous avez coché la case "Autre", pouvez-vous préciser ?

Votre réponse _____

Quels aliments mange-t-il actuellement ? *

- Produits carnés
- Légumes
- Fruits
- Oléagineux
- Autre

Si vous avez coché la case "Autre", merci de préciser.

Votre réponse _____

Sous quelle forme votre enfant mange-t-il les aliments habituellement ? *

- Lisse
- Mouliné
- Morceaux
- Autre

Si vous avez coché la case "Autre", merci de préciser.

Votre réponse _____

Annexe D : Plaquette d'informations sur l'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome

INTRODUIRE DES MORCEAUX DANS L'ALIMENTATION DE MON ENFANT

INSTALLATION

Posture assise, à 90 degrés, avec un appui pour les pieds.
Ajouter un maintien en bas du dos si besoin.



MORCEAUX A PROPOSER

Ils doivent être tendres, faciles à écraser avec les gencives et la langue au palais.

Forme et taille :

- Longueur : taille d'un doigt d'adulte
- Diamètre : 3 cm minimum pour des bâtonnets, taille du poing de mon bébé pour des boulettes



Quels aliments ? Produits carnés, féculents, légumes, fruits, oléagineux...
Introduire également les aliments allergènes* (14 existent dont : lait, œuf, arachide, poissons et fruits de mer, céréales avec gluten, sésame...)

*A introduire sous forme sécuritaire.

IDÉES DE PLATS A PROPOSER

Bâtonnets de carotte, de potiron...
Omelette aux légumes, galette de pommes de terre...
Muffins de poivron, de betterave, de patate douce...
Bâtonnets de banane, mangue, kiwi...



? ALIMENTATION AUTONOME ?

Mon enfant peut manger tout seul : il prend les aliments avec ses doigts. Je peux aussi l'aider en lui mettant l'aliment dans la main ou en le portant à sa bouche.

Je lui présente une assiette et il choisit quoi et combien manger.

ATTENTION



- Toujours sous la surveillance d'un adulte.
- Atmosphère calme, éviter les distractions.
- Pas d'aliments petits, durs, ronds ni collants (pomme crue, cacahuètes, tomates cerises entières...)

Emma CUBERLI - Mémoire orthophonie 2022-2023

Annexe E : Grille d'observations des repas et mode d'emploi

Observations	Repas n°1	Repas n°2	Repas n°3	Repas n°4	Repas n°5
Repas observé (midi, soir...)					
Installation de l'enfant					
Durée du repas					
Aliments donnés					
Mouvements masticatoires					
Quantités ingérées					
Comportement de l'enfant					
Comportement des parents, sentiments impliqués					
Remarques, observations complémentaires					

Mode d'emploi de la grille d'observations des repas	
Choix du repas observé (midi, soir...)	Dans cette rubrique, vous pouvez choisir quel repas vous observez et vous précisez lequel.
Installation de l'enfant	Il s'agit ici de décrire brièvement comment est installé votre enfant pour son repas. Par exemple, il est dans une chaise haute, les pieds sur un appui, avec un coussin en bas du dos pour le maintenir. Il est à table, avec tout la famille...
Durée du repas	Ici, vous noterez le temps qu'a duré le repas. Vous pouvez également noter si cette durée vous convient, si vous trouvez que le repas était trop long, ou pas assez.
Aliments donnés	Dans cette rubrique, vous pouvez noter le contenu de l'assiette : les aliments que vous proposez à votre enfant.
Mouvements masticatoires	Il s'agit d'observer ici plusieurs éléments de la mastication de votre enfant : la langue sort ou non, durée de la mastication, nombre de déglutitions, mouvements des mâchoires (coordonnés ou non) et nature des mouvements de la mâchoire (verticaux et horizontaux = rotation durant la mastication)...
Quantités ingérées	Dans cette partie, vous noterez ce qu'a finalement mangé votre enfant parmi tout ce que vous lui avez proposé. Vous pouvez également noter s'il a goûté des aliments, si vous pensez qu'il en a adoré certains et qu'il n'en a pas aimé d'autres, etc.
Comportement de l'enfant	Ici, vous pouvez noter les attitudes qu'a eues votre enfant face aux morceaux proposés. S'est-il emparé des morceaux tout de suite, les a-t-il observés d'abord ? A-t-il eu des mouvements de recul, de rejet ? Semblait-il enjoué, enthousiaste ou agacé, effrayé ?
Comportement des parents, sentiments impliqués	Dans cette rubrique, vous pouvez noter tout ce que vous, parents, avez ressenti durant le repas : stress à l'idée de laisser votre enfant se débrouiller seul ? En confiance ? Enjoués ? Contents de partager ce repas en famille ? Angoissés à l'idée que votre enfant ne mange pas assez ? L'avez-vous aidé à manger ? Si oui, comment ?
Remarques, observations complémentaires	Vous pouvez ajouter ici des remarques ou des observations complémentaires.

QUESTIONNAIRE DE FIN DE PROTOCOLE

Vous avez participé à un protocole d'introduction de morceaux dans l'alimentation de votre enfant, avec une approche d'alimentation autonome dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie. Je vous remercie beaucoup pour votre participation !

Vous recevez aujourd'hui un questionnaire de fin de protocole qui a pour but de recenser les éventuelles évolutions dans l'alimentation de votre enfant après l'introduction des morceaux dans ses repas.

Ce questionnaire ne sera pas diffusé, les résultats seront simplement analysés pour comparer les nouveaux éléments avec ceux récoltés dans le questionnaire d'anamnèse et avec ce qui a été noté dans la grille d'observation des repas.

Voici le QR CODE qui vous permet d'accéder au questionnaire de fin de protocole :



Annexe G : Questionnaire de fin de protocole

Questionnaire de fin de protocole

Vous avez participé à un protocole d'introduction de morceaux dans l'alimentation de votre enfant, avec une approche d'alimentation autonome dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie. Je vous remercie beaucoup pour votre participation !

Vous recevez aujourd'hui un **questionnaire de fin de protocole** qui a pour but de recenser les éventuelles évolutions dans l'alimentation de votre enfant après l'introduction des morceaux dans ses repas.

Ce questionnaire ne sera pas diffusé, les résultats seront simplement analysés pour comparer les nouveaux éléments avec ceux récoltés dans le questionnaire d'anamnèse et avec ce qui a été noté dans la grille d'observation des repas.

Questions à propos de l'alimentation entre la première période et la deuxième période d'observation

Il s'agit ici de récolter des informations sur ce qui s'est déroulé concernant l'alimentation de votre enfant entre la première période d'introduction des morceaux et la seconde.

D'une façon générale, comment avez-vous trouvé l'alimentation de votre enfant entre les deux périodes d'observation (par rapport à l'alimentation avant la mise en place du protocole) ?

- Il y a eu une évolution positive (l'alimentation de votre enfant s'est améliorée)
- Il y a eu une évolution négative (l'alimentation de votre enfant s'est empirée)
- Il y a eu une absence d'évolution (ce n'est ni mieux, ni pire, pas de changement)

Entre les deux périodes d'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome (après la première période et avant la deuxième), avez-vous continué à proposer des morceaux à votre enfant ? *

- Oui
- Non

Si vous avez répondu "Oui", pouvez-vous préciser la nature des morceaux que vous lui avez proposés ?

- Produits carnés
- Légumes
- Fruits
- Oléagineux

Si vous avez répondu "Oui", pouvez-vous préciser (approximativement) le nombre de fois où vous lui avez proposé des morceaux entre la première période d'observation et la seconde ?

Votre réponse _____

Si vous avez répondu "Non", pouvez-vous préciser pourquoi vous n'avez pas continué à proposer des morceaux à votre enfant ?

Votre réponse _____

**Questions à propos de la fin de la mise en place du protocole
(après les deux périodes d'observation)**

D'une façon générale, comment trouvez-vous l'alimentation de votre enfant après les deux périodes d'observation (par rapport à l'alimentation avant la mise en place du protocole) ? *

- Il y a eu une évolution positive (l'alimentation de votre enfant s'est améliorée)
- Il y a eu une évolution négative (l'alimentation de votre enfant s'est empirée)
- Il y a eu une absence d'évolution (ce n'est ni mieux, ni pire, pas de changement)

Pensez-vous continuer à présenter des morceaux à votre enfant avec une approche d'alimentation autonome ? *

- Oui
- Non

Quelle que soit votre réponse, pouvez-vous préciser pourquoi "Oui" ou pourquoi "Non" ? *

Votre réponse _____

Focus sur les différents éléments concernant les hypothèses

Il s'agit de récolter ici des informations sur les éléments spécifiques concernant les hypothèses.

Selon vos observations, que pensez-vous aujourd'hui de la mastication * de votre enfant (par rapport à avant la mise en place du protocole) ?

- Les mouvements masticatoires se sont mis en place
- Les mouvements masticatoires semblent coordonnés
- Les mouvements masticatoires n'ont pas changé par rapport à avant
- Les mouvements masticatoires ne semblent pas mis en place

Si vous le souhaitez, vous pouvez ici ajouter des éléments sur la mastication de votre enfant après la mise en place du protocole.

Votre réponse _____

Que pensez-vous du comportement alimentaire de votre enfant avec cette approche d'alimentation (morceaux et alimentation autonome) ? *

- Le comportement alimentaire a évolué positivement
- Le comportement alimentaire a évolué négativement
- Le comportement alimentaire n'a pas évolué

Quelle que soit votre réponse à la question précédente, pouvez-vous décrire brièvement le comportement alimentaire actuel de votre enfant, après la mise en place du protocole ? *

Votre réponse

En tant que parents, pensez-vous que votre comportement et vos ressentis ont changé avec cette approche d'alimentation (morceaux et alimentation autonome) ? *

- Votre comportement et vos ressentis ont évolué positivement
- Votre comportement et vos ressentis ont évolué négativement
- Votre comportement et vos ressentis n'ont pas évolué

Quelle que soit votre réponse à la question précédente, pouvez-vous décrire brièvement votre comportement et vos ressentis vis-à-vis de l'alimentation de votre enfant, après la mise en place du protocole ? *

Votre réponse

Est-ce que la prise alimentaire de votre enfant a évolué par rapport à avant la mise en place du protocole ? *

- Avec cette approche, mon enfant mange plus qu'avant
- Avec cette approche, mon enfant mange moins qu'avant
- Avec cette approche, les quantités ingérées par mon enfant n'ont pas changé

Si vous voulez ajouter quelque chose par rapport à la prise alimentaire de votre enfant, vous pouvez le faire ici.

Votre réponse

Avis général sur votre participation à l'étude de cas dans le cadre du mémoire

Que pouvez-vous dire concernant le questionnaire d'anamnèse ? *

- Il était plutôt accessible
- Il était difficile d'accès
- Le temps pour le remplir était correct
- Cela a été trop chronophage pour vous de le remplir
- Les questions étaient plutôt pertinentes
- Il manquait des questions ou les questions étaient peu pertinentes
- Autre

Si vous le souhaitez ou si vous avez coché la case "Autre", vous pouvez ici donner votre avis sur le questionnaire d'anamnèse.

Votre réponse

Qu'avez-vous pensé de la plaquette informative sur l'introduction des morceaux avec une approche d'alimentation autonome ? *

- La plaquette d'informations était plutôt claire et complète
- Il manquait des informations sur la plaquette, les informations n'étaient pas claires
- Autre

Si vous pensez qu'il manquait certaines informations sur la plaquette ou si vous avez coché la case "Autre", vous pouvez vous exprimer ici (merci de préciser de quels éléments vous auriez eu besoin en plus si c'est le cas).

Votre réponse

Comment avez-vous trouvé la grille d'observation des repas ? *

- Le remplissage sur le tableur Excel était pratique
- Vous auriez préféré un autre format de remplissage
- Le mode d'emploi vous a été plutôt utile
- Vous ne vous êtes pas du tout servi du mode d'emploi
- Les observations ont été facilement réalisables
- Vous avez eu des difficultés pour réaliser les observations

Selon les cases que vous avez cochées, vous pouvez donner votre avis sur la grille d'observation des repas ici (vous pouvez par exemple évoquer ce qui vous a manqué si c'est le cas ou noter des pistes d'amélioration).

Votre réponse
