
La spécificité du bilan orthophonique dans le diagnostic du trouble alimentaire pédiatrique

Pascale GREVESSE

Master en logopédie

Cliniques Universitaires Saint-Luc, département de pédiatrie

Avenue Hippocrate, 10 - 1200 Bruxelles - Belgique

Courriel : pgraveesse@hotmail.com

Dominique MORSOMME

Docteur en sciences psychologiques : section logopédie

Licence en logopédie

Faculté de psychologie, logopédie et sciences de l'éducation

Département de logopédie - Unité Logopédie de la Voix

Rue de l'Aunaie, 30 - 4000 Liège - Belgique

Courriel : dominique.morsomme@uliege.be

Docteur Dominique HERMANS,

Docteur en médecine, pédiatre spécialisée en nutrition

Cliniques Universitaires Saint-Luc, département de pédiatrie

Avenue Hippocrate, 10 - 1200 Bruxelles - Belgique

Courriel : d.hermans@saintluc.uclouvain.be

RÉSUMÉ

Le trouble alimentaire pédiatrique est une pathologie complexe nécessitant une prise en charge interdisciplinaire centrée tant sur l'enfant que sur sa famille. La terminologie diagnostique de « Trouble Alimentaire Pédiatrique » (TAP) proposée par Goday *et al.* (2019) optimise le processus de prise en soins interdisciplinaire en proposant une définition consensuelle et un modèle conceptuel s'articulant autour de quatre axes : le statut médical, le statut nutritionnel, les compétences en matière d'alimentation et le statut psychosocial. L'orthophoniste fait partie de l'équipe de base prenant en soin l'enfant avec trouble alimentaire et sa famille. Il intervient aussi bien au moment de l'évaluation que de la prise en soin. L'évaluation orthophonique du trouble alimentaire pédiatrique est une procédure longue et complexe visant à récolter tous les éléments pertinents permettant de poser un diagnostic orthophonique, de contribuer à l'évaluation interdisciplinaire du trouble, de proposer aux parents des recommandations pertinentes et individualisées et

d'élaborer un plan thérapeutique intégrant des objectifs à court, moyen et long terme. En fonction du type d'informations à récolter, l'évaluation orthophonique est menée, soit selon une modalité indirecte, soit selon une modalité directe, réalisée en présence des parents de l'enfant et en contexte naturel. L'évaluation met le focus sur les repas familiaux soit en présentiel, soit par l'intermédiaire de vidéos. Les données récoltées par l'orthophoniste lors de son processus d'évaluation sont ventilées dans les quatre domaines du trouble alimentaire pédiatrique définis par Goday *et al.* (2019) afin de proposer un diagnostic orthophonique fondé sur une approche scientifique et spécifique.

MOTS-CLÉS : trouble alimentaire pédiatrique, statut médical, statut nutritionnel, compétences alimentaires, statut psychosocial, évaluation, diagnostic orthophonique.

Titre en anglais à rajouter ici

ABSTRACT

Pediatric feeding disorders represent a complex pathology requiring interdisciplinary management targeting both the child and their family. The diagnostic terminology of “pediatric feeding disorders” proposed by Goday et al (2019) optimizes the interdisciplinary care process by proposing a consensual definition and a conceptual model based on four axes : medical status, nutritional status, eating skills and psychosocial status. A speech language therapist is part of the core team caring for children with feeding disorders and their families. Speech language therapists are involved in both assessment and treatment. The assessment of pediatric eating and swallowing disorders is a long and complex procedure designed to gather all the relevant information needed to make a diagnosis; contribute to the interdisciplinary assessment of the disorder; offer parents relevant, personalized recommendations; and draw up a therapeutic plan incorporating short-, medium- and long-term objectives. Depending on the type of information to be gathered, the speech and language therapy assessment is carried out either indirectly or directly, in the presence of the child’s parents and in a natural context. The assessment focuses on family meals, either face to face or via video clips. The data collected by the speech language therapist during the assessment are broken down into the four domains of pediatric eating and swallowing disorders defined by Goday et al. (2019) in order to propose a diagnosis based on a specific scientific approach.

KEYWORDS : pediatric feeding disorder, medical status, nutritional status, eating skills, psychosocial status, assessment, speech therapy diagnosis.

◆ INTRODUCTION

Le trouble alimentaire pédiatrique est une pathologie complexe nécessitant une prise en charge interdisciplinaire centrée tant sur l'enfant que sur sa famille. La terminologie diagnostique de « Trouble Alimentaire Pédiatrique » (ensuite TAP) publiée par Goday *et al.* (2019) optimise le processus de prise en soin interdisciplinaire en proposant une définition consensuelle et un modèle conceptuel. Le TAP consiste en une altération de l'ingestion d'aliments par voie orale, inadaptée à l'âge et associée à au moins l'un des éléments suivants : une pathologie médicale sous-jacente, des dysfonctionnements nutritionnels, un déficit des compétences alimentaires et un dysfonctionnement psychosocial. Il est admis depuis de nombreuses années que l'orthophoniste fait partie de l'équipe minimale de professionnels prenant en charge les difficultés alimentaires de l'enfant, notamment pour ses compétences dans le domaine de la motricité orale (Manikam & Perman, 2000). C'est en considérant les quatre domaines identifiés par Goday (figure 1) que l'orthophoniste conduit sa démarche d'évaluation, dans le cadre d'une pratique collaborative interdisciplinaire. Ce chapitre s'intéresse à la spécificité de l'orthophoniste dans le diagnostic du TAP.

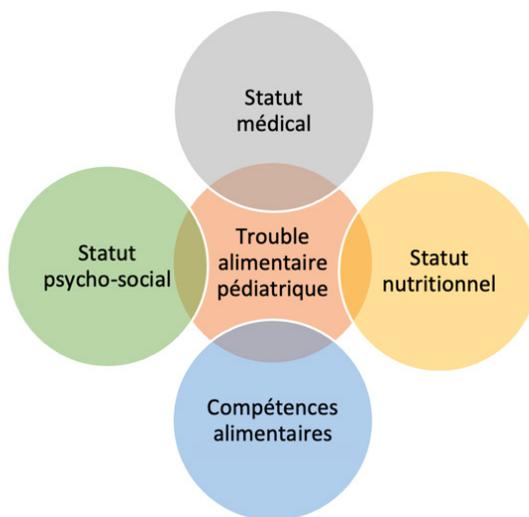


Figure 1 : Modèle conceptuel du TAP selon Goday *et al.* (2019) schématisé par Grevesse P.

Caractéristiques générales de l'évaluation du TAP

L'évaluation du TAP s'inscrit dans une démarche d'Evidence-Based Practice (EBP) et dans le cadre d'une pratique collaborative et coordonnée ; l'approche de l'évaluation orthophonique se veut dynamique, spécialisée et compréhensive.

Une approche EBP

Le processus d'évaluation doit s'appuyer sur les avancées récentes en matière de définition du TAP et promouvoir une évaluation des caractéristiques du patient dans quatre domaines : médical, nutritionnel, compétences alimentaires et psychosociales (Sharp *et al.*, 2022). L'idéal étant de mettre à disposition des cliniciens un protocole standardisé permettant d'identifier les caractéristiques du patient, à la lumière du modèle de Goday.

Une approche collaborative

L'évaluation du TAP est un processus de concertation dans lequel le patient et sa famille sont intégrés à l'équipe de professionnels spécialisés. La notion de « patient partenaire » (Lecoq & Neron, 2018) prend tout son sens dans ce type d'évaluation. En effet, dans une pathologie aussi complexe que le TAP, il convient régulièrement de poser des choix (p. ex., pose d'une gastrostomie) et toute décision appartient au patient s'il en a les capacités cognitives, ou le plus souvent à ses parents. C'est pourquoi il est primordial d'impliquer parents et enfant dans le processus dès le départ.

Une approche coordonnée

Lors de la démarche diagnostique, plusieurs évaluations médicales (p. ex. pédiatre, gastro-entérologie, ORL, dentisterie) et/ou paramédicales (p. ex. diététicien, orthophoniste, kinésithérapeute) sont souvent réalisées. Ces différents examens sont coordonnés de préférence par le pédiatre traitant de l'enfant, afin de prendre des décisions appropriées et de prioriser les interventions en tenant compte des besoins et des limites de la famille (Arvedson, 2019).

Une approche spécialisée

L'expérience et la fréquence des pratiques ont un impact sur la confiance des professionnels (surtout avec les nourrissons). Dans un domaine tel que le TAP où les connaissances évoluent constamment, les professionnels devraient idéalement disposer d'opportunités de formation et de supervision associées à une pratique clinique régulière en alimentation pédiatrique (Raatz *et al.*, 2023).

Une approche dynamique

Lors de son évaluation, l'orthophoniste observe l'enfant lorsqu'il boit et mange, mais propose également, dans la mesure du possible, des essais d'alimentation. Il tient compte de la notion de zone proximale de développement (Vygotsky, 2012), c'est-à-dire la différence entre les performances habituelles d'un enfant et ses performances lorsqu'il est accompagné par une personne expérimentée.

L'évaluation dynamique permet d'obtenir une approche plus informative du patient, notamment en évaluant son potentiel d'apprentissage. De plus, elle permet de dégager des pistes concrètes pour la planification de l'intervention et la priorisation des objectifs.

Une approche compréhensive

Au cours de sa démarche d'évaluation, l'orthophoniste tente de comprendre le(s) problème(s) et les ressources de son patient afin de prendre des décisions appropriées. Avec esprit critique, il recueille les informations concernant la pathologie présentée par son patient (p. ex. s'informer sur un syndrome) et les analyse. Ces informations peuvent être synthétisées dans un tableau (cf. tableau 1), permettant ainsi à l'orthophoniste de se constituer, au fur et à mesure de ses prises en charge TAP, des fiches sur les différentes pathologies rencontrées. Dans une démarche de raisonnement critique, l'orthophoniste applique ensuite les informations récoltées à la situation individuelle de son patient, trie et classe ce qui est présent chez le patient. Il identifie les facteurs qui pourraient nuire au développement de l'alimentation, contribuer au TAP ou le pérenniser. Lors de cette étape, l'orthophoniste intègre les meilleures données possibles afin de poser un diagnostic orthophonique s'inscrivant dans une perspective développementale. Enfin, l'orthophoniste recueille les besoins, les préoccupations et les habitudes alimentaires de son patient et/ou de sa famille ; cette étape est indispensable pour obtenir l'implication du patient ou de son entourage dans les soins et leur implémentation à domicile.

Une évaluation standardisée

Sharp *et al.* (2022) promeuvent une procédure standardisée pour diagnostiquer le TAP et ses caractéristiques afin d'améliorer la rigueur méthodologique et de fournir un outil clinique utile tant pour les cliniciens que les chercheurs qui travaillent dans ce domaine. S'appuyant sur les avancées scientifiques récentes et un consensus d'experts, ces auteurs proposent ainsi un cadre multidisciplinaire permettant d'identifier et de catégoriser les principales caractéristiques d'un TAP. Les données à récolter lors de l'évaluation sont catégorisées selon les quatre domaines définis par Goday *et al.* (2019) : médical, nutritionnel, compétences alimentaires et psychosociales.

Tableau 1. Recueil des données spécifiques à une pathologie ; illustration : le syndrome de Down (d'après Arvedson, 2019)

| Syndrome de Down | | | |
|---|---|---|--|
| Localisation | Anomalies physiques | Profil neuro-développemental | Troubles alimentaires |
| Chromosome surnuméraire 21 ^e paire | Brachycéphalie Petite tête Occiput plat Fontanelles larges Profil facial plat Nez petit et aplati à la racine Bouche ouverte Langue en protrusion Cou court Mains larges et plates Malformations cardiaques Hypotonie axiale | Troubles cognitifs Déficit attentionnel Baisse de vigilance : mode « off » (Arvedson, 2019) Retard mental Troubles du comportement Comportements d'opposition Trouble du spectre de l'autisme | Anomalies du tractus gastro-intestinal Laryngomalacie : 50% des enfants avec syndrome de Down (Mitchell et al., 2003) Trachéomalacie Atrésie de l'œsophage |
| | | | Retard de développement de la motricité oro-faciale Troubles de la sensibilité (O'Neill & Richter, 2013) |
| | | | Dysphagie : altération du temps buccal et du temps pharyngé (O'Neill & Richter, 2013) Présente chez plus de 50% des enfants avec SD 90% des aspirations /pénétrations silencieuses, sans toux ni manifestations cliniques (Jackson <i>et al.</i> , 2016) |

D'après les informations recueillies dans la littérature, l'orthophoniste peut relever la présence de nombreux facteurs de risques de développer un TAP : difficulté de traitement du bolus en bouche (posture bouche ouverte, langue

en protrusion, troubles de la sensibilité), nécessité d'adaptations posturales (manque de contrôle moteur global) , nécessité d'adaptation des ustensiles d'alimentation (morphologie et sensibilité des mains), surveillance requise en situation d'alimentation (baisse de vigilance, hyposensibilité, risque important de fausses routes, troubles de la motilité), adaptation des consignes requises (retard mental), risque de comportements indésirables lors des repas (comportement d'opposition, TSA).

Les modalités de l'évaluation orthophonique du TAP

L'évaluation orthophonique du TAP combine une évaluation directe et une évaluation indirecte.

L'évaluation directe

Cette évaluation est réalisée avec l'enfant et ses parents, si possible dans un environnement naturel. Les vidéos parentales réalisées en contexte naturel de repas présentent un intérêt non négligeable dans une approche compréhensive : elles permettent d'observer l'enfant et ses parents et leurs interactions lors d'un repas familial, d'identifier les comportements de l'enfant incompatibles avec l'alimentation (Fries *et al.*, 2017) et d'analyser les attitudes parentales lors du repas (Mc Curtin, 2017 ; Vaughn *et al.* , 2016). Les arrêts sur image et les visionnages répétés avec des focus différents (p. ex. comportements de l'enfant, réponses parentales, type d'aliments, stratégies de présentation des aliments, etc.) permettent d'affiner les observations et de calculer des paramètres objectifs, tels que le pourcentage de bouchées acceptées. Par ailleurs, ces vidéos peuvent être utilisées ultérieurement en guidance parentale pour faciliter la rétroaction sur les attitudes parentales et leur effet sur les comportements de l'enfant. Enfin, la conservation des enregistrements documente l'évolution de l'enfant en autorisant la comparaison des différents bilans. Concrètement, Mc Curtin (2017) recommande de disposer d'une séquence vidéo d'un repas filmé en contexte naturel d'environ 15 minutes.

L'évaluation indirecte

Cette évaluation recueille des informations par le biais de questionnaires et inventaires parentaux. Ainsi, Grevesse, Morsomme & Hermans (à paraître) ont construit un questionnaire de pré-évaluation du trouble alimentaire pédiatrique s'inspirant largement des recommandations de Sharp *et al.* (2022). Ce questionnaire est subdivisé en différentes rubriques : la description des préoccupations et souhaits parentaux, l'histoire personnelle de l'enfant (antécédents, composition familiale et état de santé des membres de la famille, socialisation), l'histoire médicale de l'enfant, les données alimentaires développementales, le statut

nutritionnel actuel, l'installation de l'enfant lors des repas, l'analyse des fonctions oro-buccales, le sommeil, l'intérêt pour les repas et l'appétit, l'identification des facteurs de risque de pérennisation des difficultés alimentaires (Tomaya & Agras, 2016), la description d'une journée alimentaire-type (figure 2), l'inventaire des aliments acceptés par l'enfant et ventilés selon les catégories de la pyramide alimentaire pédiatrique (<https://www.apaqw.be/fr>), et enfin la grille d'observation des comportements de l'enfant. Certaines de ces observations sont rapportées dans un tableau avec une échelle de Likert à 5 éléments (jamais, presque jamais, parfois, presque toujours, toujours ou à chaque repas) de manière à nuancer les réponses et à estimer la fréquence d'apparition des observations parentales. Ce questionnaire, s'il est complété par les parents avant la première rencontre, permet à l'orthophoniste de classer les informations récoltées selon les quatre domaines de Goday et de préparer une évaluation directe ciblée en optimisant le temps à sa disposition. En effet, la durée de l'évaluation est également un paramètre important à considérer, connaissant le manque de temps dont disposent généralement les professionnels de la santé (Barton, Bickell & Fucile, 2017).

Le bilan orthophonique

L'hétérogénéité et la complexité du TAP nécessitent que l'orthophoniste (1) identifie les facteurs relevant du modèle conceptuel (Goday, 2019) et (2) détermine en quoi ces facteurs contribuent à l'émergence et au maintien des troubles alimentaires dans la population pédiatrique. Cette démarche est essentielle pour déterminer d'une part, les causes et les conséquences des difficultés présentées par l'enfant et d'autre part, le meilleur traitement possible, tant pour l'enfant que pour son environnement. Lors de son évaluation, l'orthophoniste, avec sa spécificité et sa formation, considère donc le domaine médical, le domaine nutritionnel, le domaine des compétences en matière d'alimentation et le domaine psychosocial (Sharp *et al.*, 2022). Avant d'aborder l'évaluation des compétences alimentaires, quelques concepts doivent être précisés.

La trajectoire développementale de l'alimentation : le développement de l'alimentation suit la même trajectoire chez les enfants, ou du moins la plupart d'entre eux (Bruns & Thompson, 2010 ; Sheppard, 2008). Au début, l'alimentation est exclusivement liquide, c'est la seule texture que le nourrisson est capable de gérer, tant au niveau de ses capacités oro-motrices que de son développement morpho-physiologique. Ensuite, le mode alimentaire évolue progressivement vers une alimentation incluant à la fois des aliments liquides et des aliments solides, avec une progression dans la texture des aliments solides, allant des aliments semi-liquides (IDDSI 2) aux aliments à croquer et à mâcher, impliquant des capacités de mordre, de mastiquer, de déglutir un bolus solide. La trajectoire développementale de l'alimentation est habituellement décrite

selon 6 étapes : la succion réflexe, la succion volontaire (période d'introduction de la diversification alimentaire), le malaxage ou prémastication, la morsure, la mastication et les patterns de l'alimentation adulte. En deux ans, l'enfant passe d'un mode d'alimentation réflexe à la capacité de manger de manière autonome un panel d'aliments variés lui permettant de répondre à ses besoins nutritionnels. L'alimentation et la déglutition matures sont ainsi un processus d'acquisition de compétences, dépendant du développement morpho-physiologique en lien avec l'exposition aux textures.

Les caractéristiques sensorielles des aliments : ces caractéristiques réfèrent aux 5 sens en lien avec la fonction d'alimentation (Depledt, 2009) : la vue réfère à la perception par les yeux des formes et des couleurs dans l'espace ; elle permet d'appréhender tous les critères d'aspect des produits. L'ouïe réfère à la perception des bruits par les oreilles ; elle permet indirectement d'évaluer des critères tels que le croquant, le craquant, le croustillant et le pétillant qui sont souvent catégorisés comme critères de texture. Le toucher réfère à la perception par l'intermédiaire de la peau de la pression, de la chaleur et l'irritation ; les indices tactiles sont pour l'évaluation de la texture des produits. Le goût réfère à la perception des substances par les papilles gustatives de la langue et de la bouche. Enfin, l'odorat réfère à la perception des substances volatiles par le bulbe olfactif.

Le goût : au niveau du goût, on s'accorde aujourd'hui pour un continuum de six saveurs perceptibles : le sucré, le salé, l'acide, l'amer, l'UMAMI et l'oléogustus ; l'UMAMI représente les saveurs produites par les glutamates (salé) et les nucléotides (sucré) et l'oléogustus concerne le goût du gras spécifique aux aliments avec concentration élevée d'acides gras (Peña-Portillo, 2019 ; Running *et al.*, 2015 ; Mattes *et al.*, 2020).

Le(s) réflexe(s) nauséux : le réflexe nauséux est une réponse somatique protectrice par laquelle le corps tente d'expulser des objets en dehors de la cavité orale par une contraction musculaire. Deux nerfs sont impliqués dans ce réflexe : au niveau de l'input : le glosso-pharyngien qui contrôle les mouvements et la sensibilité du pharynx, de la partie postérieure de la langue et de la sécrétion salivaire et au niveau de l'output, le nerf vague (ou pneumogastrique) qui contrôle les mouvements du voile du palais, du cœur et des vaisseaux, du larynx, des poumons, et du tube digestif. Le réflexe nauséux fait partie des réflexes archaïques du nourrisson et persiste à l'âge adulte, en tant que réponse protectrice des voies respiratoires chez l'humain (Laitman & Reidenberg, 2013 ; Lieberman, 2012). Il est normalement localisé au niveau des piliers des amygdales après l'apparition de la première dentition (+/- 6 mois) et la mise en place du processus de mastication/déglutition des aliments solides (Arvdeson, 2019). Selon la classification de Morris et Klein (2000), il existe 6 types de

nauséux différents : le nauséux de coordination et de timing (déclenchement par des résidus alimentaires basculant vers la partie postérieure de la langue en lien avec la préparation du bolus) ; le nauséux hypersensitif (déclenchement par un stimulus tactile dans une zone antérieure à la zone habituelle ou par des stimuli non tactiles) ; le nauséux muqueux (déclenchement suite à la présence de mucus, souvent, au réveil ou après une position couchée prolongée), le nauséux structurel (déclenchement après le passage de la nourriture dans l'œsophage), le nauséux de communication (déclenchement pour manifester son dégoût ou pour attirer l'attention de l'adulte) et le nauséux émotionnel (déclenchement au stress vécu ou perçu). L'enfant peut également présenter un nauséux combiné (combinaison des précédents). Il est important pour le clinicien d'observer quel est le stimulus ou l'événement déclencheur du nauséux (p. ex. aliment, odeur) et d'estimer la fréquence d'apparition du nauséux, afin de pouvoir apporter une prise en charge adaptée.

L'effet de taille des bouchées : la taille des bouchées est une mesure objective de l'efficacité d'une intervention orthophonique sensori-motrice ou comportementale avec des enfants présentant un TAP ou dépendant d'une nutrition artificielle (Sharp *et al.*, 2017). L'objectif est donc de mesurer la taille des bouchées tolérées et gérées par l'enfant selon 5 étapes : < 0,5 CC¹, 0,5 CC, 1 CC, 1,5 CC et finalement 2 CC, ce qui correspond à la taille d'une cuillère à café (cf. figure 2). L'effet de taille des bouchées permet en outre de déterminer des objectifs de rééducation à court, moyen et long terme.

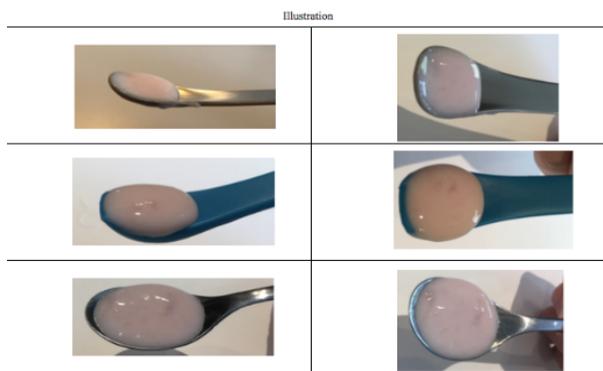


Figure 2 : Taille des bouchées : 0,5 CC, 1 CC et 2 CC

Le pourcentage de bouchées acceptées : le pourcentage de bouchées acceptées est également une mesure objective de l'efficacité de l'intervention orthophonique. Il est calculé sur base d'une durée d'observation de 5 minutes,

¹ Centimètre-cube

de préférence sous forme de vidéo, afin de faciliter le calcul suivant : nombre de bouchées acceptées / nombre de bouchées présentées * 100.

Le domaine médical

Les données médicales sont identifiées par les différents médecins (pédiatre, ORL, gastropédiatre, etc.) et récoltées par l'orthophoniste de manière indirecte par le biais de l'anamnèse et des rapports médicaux. Elles concernent la grossesse, la naissance et le(s) diagnostic(s) posé(s) en lien avec le TAP. Les points de vigilance à identifier sont détaillés ci-après :

- Grossesse et naissance : comment s'est déroulée la grossesse ? Quel était l'âge gestationnel de l'enfant ? Comment s'est déroulé l'accouchement ? Y a-t-il eu complications durant la période périnatale ? l'enfant a-t-il séjourné en soins intensifs néonatalogiques ? Un support respiratoire était-il requis et sous quelle modalité ? L'enfant a-t-il été intubé ? A-t-il été nourri par sonde et combien de temps ?
- Diagnostic médical : l'enfant a-t-il été hospitalisé, notamment en soins intensifs (p. ex. manœuvres invasives répétées au niveau de la sphère orale) ? Des conditions empêchant la consommation sécurisée d'aliments avec risque d'aspiration ont-elles été objectivées, (p. ex. dysphagie objectivée par un examen ORL) ? L'enfant présente-t-il un retard dans l'acquisition des compétences alimentaires (p. ex. suite à des hospitalisations multiples) ? Le diagnostic posé explique-t-il l'inhibition des compétences alimentaires (p. ex : en cas d'asthme) ?
- Procédures diagnostiques : l'orthophoniste doit identifier les procédures diagnostiques et/ou des tests utilisés ou à utiliser de manière à déterminer les conditions pouvant impacter l'alimentation (p. ex. pathologie neurologique) et à objectiver le statut de la déglutition et les conditions organiques en lien avec le processus de mastication-déglutition (p. ex. anomalies de la structure pharyngolaryngée).

Le domaine nutritionnel

Le domaine nutritionnel est prioritairement évalué par le pédiatre et le diététicien. Les données à récolter concernent la source primaire de nutrition, les besoins et preuves en supplémentation, la diversité alimentaire, les preuves de carence nutritionnelle, les apports nutritionnels, les paramètres anthropométriques et l'analyse des courbes de croissance.

- Apports nutritionnels : le focus est mis sur la ou les source(s) d'alimentation de l'enfant : alimentation orale autonome, sonde, usage de suppléments

nutritionnels oraux ou SNO (ex. Nutrinidrink ®), nutrition entérale par sonde (p. ex. sonde naso-gastrique ou gastrostomie, etc.) et parfois une nutrition parentérale (nutrition intraveineuse). Le diététicien détermine l'adéquation des apports en macronutriments (glucides, protéines, lipides) et en micronutriments (vitamines, minéraux, oligoéléments). Si l'alimentation orale ne permet pas de subvenir aux besoins nutritionnels de l'enfant, il spécifie les besoins en supplémentation (type et pourcentage journalier) de manière à répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant et à assurer son hydratation.

- Paramètres anthropométriques : le médecin et le diététicien mesurent les données cliniques (poids et taille), calculent l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et reportent ces données sur les courbes de croissance. Lorsque les données sont disponibles, le médecin analyse l'évolution de la courbe de croissance de l'enfant depuis sa naissance, la régularité, le ralentissement et/ou les cassures éventuelles et les pertes de poids significatives. Il est à noter que des courbes de croissance spécifiques à certaines pathologies sont disponibles (p. ex. les enfants avec syndrome de Down, avec syndrome de Silver-Russel). L'examen médical détermine également si l'enfant présente des signes cliniques de carence nutritionnelle (p. ex. coloration particulière de la peau, anomalies des ongles, etc.) et leur origine (p. ex. biologie, régime alimentaire). Ainsi, des enfants peuvent avoir un déficit plus ou moins sévère en nutriments et notamment en micro-nutriments en raison de la sélectivité alimentaire qu'ils présentent (p. ex. les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme). Ces données sont indispensables pour l'orthophoniste, afin de déterminer s'il y a des inquiétudes à avoir quant à la croissance de l'enfant et, le cas échéant, de prendre en considération, en collaboration avec le diététicien, les aliments à réintroduire de manière prioritaire dans le régime de l'enfant.
- Diversité alimentaire : l'inventaire des aliments acceptés par l'enfant permet d'étudier le régime alimentaire de l'enfant : le nombre total d'aliments différents consommés par l'enfant, la présence (ou pas) de tous les groupes alimentaires, et la variété d'aliments au sein de chaque groupe (cf. tableau 2). Si la plupart des données récoltées au niveau nutritionnel relèvent de la spécificité du pédiatre et du diététicien, la diversité alimentaire intéresse largement l'orthophoniste. Ainsi, l'orthophoniste demande aux parents de compléter un inventaire des aliments consommés de manière occasionnelle et régulière par l'enfant, en ventilant ces aliments selon les groupes de la pyramide alimentaire. Ces informations permettent d'objectiver la présence d'une sélectivité alimentaire. Trois paramètres sont à prendre en considération pour diagnostiquer une sélectivité alimentaire : (1) la consommation de moins de 30 aliments différents, l'éviction d'au moins

une catégorie complète d'aliments selon la pyramide alimentaire (parfois constatée en lien avec des problèmes médicaux) et un panel d'aliments restreint au sein d'une même catégorie alimentaire, observée notamment chez les enfants qui consomment le même aliment à chaque repas (Fishbein *et al.*, 2006). On parle de sélectivité alimentaire extrême si la consommation est inférieure à 10-15 aliments différents (Bialek *et al.*, 2022).

Le tableau 2 illustre l'intérêt d'intégrer dans l'évaluation orthophonique un inventaire des aliments acceptés afin de diagnostiquer une sélectivité alimentaire sur base de critères objectifs.

Tableau 2. Inventaire des aliments acceptés par un enfant de 8 ans scolarisé en fin de CE2

| Catégorie | Inventaire parental |
|--|---|
| Boissons | Régulièrement : eau plate, Ice Tea, Coca zéro |
| | Occasionnellement : café au lait, chocolat |
| Fruits | Régulièrement : compotines en poche (toujours de la même marque) |
| | Occasionnellement : framboises et fraises surgelées en petite quantité |
| Légumes | Occasionnellement : soupe aux tomates avec des boulettes (toujours la même marque) |
| Féculents | Régulièrement : pâtes : coquillettes (toujours les mêmes) consommées avec du beurre et du sel |
| | Occasionnellement : spaghetti et pâtes grecques consommées avec du beurre et du sel |
| Produits laitiers | Régulièrement : lait, yaourt nature (fait maison), en petite quantité |
| | Occasionnellement : lait-grenadine |
| Viandes, volailles, poissons, œufs et alternatives végétales | Régulièrement : tranches de saucisson, de jambon (à part, jamais sur les tartines) |
| | Occasionnellement : saucisse, boulettes, steaks hachés (surgelés, toujours la même marque ou venant de la friagerie), jambon (uniquement dans les croque-monsieur faits maison) et nuggets de poulet. |
| Matières grasses ajoutées | Beurre (salé de préférence) |

| | |
|----------------------------|--|
| Fruits à coques et graines | Rien |
| Non indispensables | Régulièrement : biscuits, bonbons, chocolat, boulettes et fricadelles de la friterie |
| | Occasionnellement : chips, boulettes et fricadelles de la friterie |

Lorsqu'on observe la ventilation des aliments selon la pyramide alimentaire, on constate que cet enfant ne consomme aucun fruit ou légume frais. Les seuls produits de ces catégories qu'il consomme sont transformés (p. ex. compotines et soupe en boîte). Si l'on s'intéresse à la variété au sein de chaque groupe, on constate qu'il ne consomme notamment qu'un type de féculents (des pâtes), et que la catégorie des viandes est également très restrictive : uniquement des viandes hachées finement, pas de poisson, pas d'œufs. Enfin, le nombre total d'aliments consommés est inférieur à 30. Cet enfant répond donc aux trois critères de sélectivité alimentaire : (1) il consomme moins de 30 aliments, (2) il exclut au moins une catégorie de la pyramide alimentaire et (3) le panel d'aliments au sein d'une même catégorie d'aliments est largement restreint.

Le domaine des compétences en matière d'alimentation

Le domaine des compétences alimentaires relève de l'orthophoniste, du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute. Cette section de l'évaluation considère les éventuels soutiens thérapeutiques antérieurs, la durée des repas, l'adéquation du régime alimentaire conformément à l'âge de l'enfant, la texture des aliments au moment de l'évaluation, la nécessité de modifier les équipements et les ustensiles d'alimentation, les modifications des stratégies d'alimentation requises, les compétences d'auto-alimentation et la gestion des aliments liquides et solides.

- Soutien(s) thérapeutique(s) antérieur(s) : l'orthophoniste s'informe sur les éventuels soutiens thérapeutiques antérieurs, le type de prestataire (p. ex. orthophoniste, psychologue), la durée du (des) traitement(s) antérieur(s) et les résultats obtenus.
- Durée des repas : la durée des repas est une donnée fondamentale à recueillir lors d'une évaluation TAP ; en effet, une durée de repas supérieure à 30 minutes, observée de manière régulière, est un critère principal d'identification de difficultés d'alimentation (Arvedson *et al.*, 2019). Le pourcentage de bouchées acceptées durant les 5 premières minutes de repas est également une donnée intéressante lorsqu'on évalue l'efficacité de l'alimentation, tant au niveau sensori-moteur qu'au niveau comportemental.

– Régime alimentaire type selon l'âge : lors de cette étape, l'orthophoniste évalue les comportements moteurs en situation de repas. (Arvedson, 2019 ; Bruns & Thompson, 2012 , Morris & Klein, Sheppard, 2008) et estime si le niveau d'acquisition de l'enfant est conforme à la trajectoire développementale de l'alimentation. Il évalue l'orientation et l'ouverture de la bouche, la régulation du bolus, la réception, la continence antérieure et postérieure. Il estime également les capacités de traitement du bolus, le transport oral et la déglutition, avec toutes les réserves qu'implique la perte du contrôle visuel, une fois que le bolus est en bouche et que la bouche est fermée (cf. tableau 3) . En cas de doute, l'enfant sera référé vers un examen objectif de la déglutition avant d'envisager une prise en charge.

Tableau 3. Évaluation des comportements moteurs en situation de repas.
Protocole d'évaluation du TAP (Grevesse, Morsomme, Hermans, à paraître)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Orientation et ouverture de la bouche | L'enfant avance la bouche en direction du bolus |
| | L'ouverture de la bouche est adaptée à la taille du bolus |
| | L'ouverture de la bouche est adaptée à la forme du bolus |
| Régulation | L'enfant régule la taille du bolus (p. ex. rejette une bouchée volumineuse) |
| | L'enfant régule le rythme d'ingestion des bouchées (p. ex. attend d'avoir avalé) |
| Réception | L'enfant retire le bolus de son contenant |
| | L'enfant adapte les mouvements oro-moteurs au bolus (p. ex. mordre, lécher) |
| | L'enfant adapte les mouvements oro-moteurs au contenant (p. ex. happer) |
| Continence | L'enfant contrôle le bolus pour empêcher les fuites au niveau des lèvres |
| | L'enfant contrôle le bolus en bouche pour éviter son basculement vers l'arrière |
| | L'enfant contrôle le bolus en bouche pour éviter le déclenchement du nauséux |
| Traitement du bolus | L'enfant malaxe le bolus |
| | L'enfant mastique le bolus |
| | L'enfant mélange le bolus avec la salive |
| | L'enfant ajuste la viscosité du bolus pour faciliter la déglutition (p. ex. réclame de l'eau) |

| | |
|----------------|---|
| Transport oral | L'enfant déplace les aliments dans la bouche pour former le bolus |
| | L'enfant positionne le bolus pour initier la déglutition |
| | L'enfant stabilise la mandibule avant d'initier la déglutition |
| | L'enfant initie un mouvement de la langue pour propulser le bolus dans le pharynx |
| Déglutition | L'enfant déglutit sans réflexe nauséeux |
| | L'enfant déglutit sans tousser |
| | La bouche est vide après déglutition (contrôle avec une mousse à dents) |

- Textures : il appartient à l'orthophoniste de déterminer si la consommation-type d'aliments est conforme à ce qui est attendu pour l'âge de l'enfant, en termes de textures, de variété, mais également en terme de rythme de repas. Ainsi, une journée alimentaire-type (tableau 4) donne à l'orthophoniste des indications intéressantes pour identifier les problèmes et proposer des ajustements individualisés. L'orthophoniste détermine si le régime alimentaire du patient comprend des aliments qui nécessitent une mastication ; pour cela, il intègre dans son évaluation une appréciation des textures, conformément à la classification internationale des textures (IDDSI) et les indices de sensibilité en termes d'hypo ou d'hypersensibilité. Typiquement, les indices d'hyposensibilité sont caractérisés par une faible conscience sensorielle en bouche, des difficultés de préparation du bolus, des fuites de nourriture antérieures (bavage), des fuites de nourriture postérieures (basculement d'un bolus non préparé dans la partie postérieure de la cavité buccale), un réflexe nauséeux (plutôt un nauséeux de coordination et de timing), des refus de textures, une taille des bouchées accrue (besoin de se remplir la bouche pour avoir conscience de l'aliment) et une sélectivité en lien avec les caractéristiques sensorielles d'aliments avec une préférence pour les extrêmes (p. ex. goûts forts, épicés, températures contrastées, très chaud ou très froid). Les indices d'hypersensibilité sont caractérisés par un réflexe nauséeux (plutôt un nauséeux hypersensitif), une sélectivité aux textures (préférence pour les textures lisses, IDDSI 0 à 4), à la taille du bolus (préférence pour des bouchées de taille réduite) et à la température (préférence pour les aliments à température ambiante). Lors de son évaluation, l'orthophoniste recherche les caractéristiques des aliments acceptés par l'enfant, sur base de l'inventaire des aliments acceptés par l'enfant (cf. tableau 5). Il recherche également le type de nauséeux présenté par l'enfant. En fonction des résultats de l'examen logopédique et des examens objectifs de la déglutition éventuellement réalisés, l'orthophoniste

recherche quels sont les textures et types d'aliments à proposer à l'enfant, afin de lui permettre de manger sans danger.

Tableau 4. Journée alimentaire type (enfant de 8 ans, CE2), un jour d'école

| Repas | Heure | Lieu | Avec qui ? | Description |
|-----------|-----------|--------|------------|--|
| Petit déj | +/- 07h15 | Canapé | Seul | 1 yaourt entier ou un verre de lait entier |
| Collation | +/- 10h00 | Cours | Seul | 1 compotine (en poche) : biscuits divers |
| Déjeuner | +/- 12h00 | Table | Copains | 2 tartines + beurre + 2 tr. de saucisson |
| Goûter | +/- 14h30 | Cours | Seul | Biscuits divers + parfois une compotine |
| Dîner | +/- 19h00 | Table | Famille | Pâtes |
| Nuit | --- | --- | --- | --- |

Illustration : si l'on revient à l'illustration d'un inventaire des aliments acceptés par l'enfant présentée au tableau 2, on peut identifier les caractéristiques sensorielles suivantes : au niveau du goût, une préférence marquée pour les aliments sucrés ; il prend un peu de sel dans son repas et aime l'oléogustus (beurre et frites) ; au niveau de la couleur, il mange essentiellement des aliments blancs ou rouges. Au niveau de la texture, il accepte l'IDDSI 0, 2, 3, 6 et les textures transformables (essentiellement les aliments croustillants, solubles avec la salive) ; il n'accepte donc pas les textures attendues pour un enfant de son âge. Au niveau de la vue, il est très sensible au dressage, certains aliments ne peuvent être présentés ensemble (p. ex. tartine et saucisson, à part), préfère les aliments de certaines marques ou surgelés. Au niveau des odeurs, il repousse les aliments forts en odeur (p. ex. fromage) et refuse de les voir devant lui sur la table.

Tableau 5. Évaluation des caractéristiques sensorielles des aliments. Protocole d'évaluation du TAP (Grevesse, Morsomme, Hermans, à paraître)

| Goûts | Toucher | | Oùie | Vue | Odeur |
|------------|-----------------|----------------------|--------------|-----------------------|---------|
| | Texture | Température | | | |
| Sucré | TC ² | Glacé | Absente | Couleur | Absente |
| Salé | IDDSI 7 | Frais | Croustillant | Forme | Neutre |
| Acide | IDDSI 6 | Tempéré ³ | Croquant | Taille | Forte |
| Amer | IDDSI 5 | Tiède | Craquant | Dressage ⁴ | |
| UMAMI | IDDSI 4 | Chaud | Pétillant | | |
| Oléogustus | IDDSI 3 | Bouillant | | | |
| | IDDSI 2 | | | | |
| | IDDSI 1 | | | | |
| | IDDSI 0 | | | | |

- Nécessité de modifier les équipements : les adaptations de l'installation de l'enfant et des équipements relèvent d'une étroite collaboration entre orthophoniste, kinésithérapeute et ergothérapeute. Pour permettre une alimentation sécurisée et efficace, il convient d'identifier les aides requises en termes de positionnement et/ou d'équipement spécial, notamment, l'adaptation de la chaise de l'enfant, la modification de la position d'alimentation, l'ajout d'un équipement supplémentaire pour soutenir la stabilité. En effet, l'efficacité de la manipulation des aliments en bouche et la sécurité de la déglutition sont dépendantes du positionnement global de l'enfant. La stabilisation posturale de l'enfant permet d'éviter des mouvements interférant avec l'alimentation, notamment en visant une verticalisation et un alignement tête-cou-tronc. Ainsi, une posture en hyperextension, avec mouvement de bascule de la tête vers l'arrière, fréquemment observée chez les bébés prématurés, peut influencer la manipulation des aliments dans la cavité orale et entraver la déglutition.
- Modification des stratégies d'alimentation : cette étape consiste à recueillir les stratégies mises en place par les parents ou autres nourrisseurs (en anglais « feeder »), ainsi que leur efficacité : la modification de la texture (p. ex. mixer les aliments pour obtenir leur consommation ou pour éviter la suffocation) ; la modification du positionnement de la bouchée en bouche (p. ex. positionner la bouchée entre les molaires de l'enfant pour obtenir un

2 Textures changeantes, se modifiant avec l'humidité (ex. chips) ou la température (ex. glace)

3 Température ambiante

4 Dressage des aliments dans l'assiette, présentation

geste masticatoire approprié) et l'utilisation d'ustensiles thérapeutiques ou de biberons spéciaux (p. ex. utilisation d'un biberon Softcup de Medela ® pour un enfant avec fente labiale) .

- Auto-alimentation : il est important d'évaluer si l'enfant s'auto-alimente de façon constante et régulière, en tenant compte de son niveau de développement (notamment s'il s'agit d'un enfant présentant un retard de développement). L'observation doit déterminer si l'enfant s'alimente seul pendant le repas, en précisant la texture des aliments, la méthode d'alimentation et les ustensiles utilisés (doigts, cuillère, fourchette, etc.) (cf. tableau 6).

Tableau 6. Évaluation des capacités d'auto-alimentation. Grille complétée pour un enfant de 3 ans avec gastrostomie. Protocole d'évaluation du TAP (Grevesse, Morsomme, Hermans, à paraître).

| | Niveau IDDSI | Acquisition | Exemples | Ustensiles | Autonomie |
|---|---|--------------|-----------------------------|------------|-----------|
| 0 | Liquide fluide et clair | Acquis | Eau | Biberon | Oui |
| 1 | Liquide très légèrement épais | Acquis | Jus de fruits | Biberon | Non |
| 2 | Liquide modérément épais | Acquis | Soupe | Cuillère | Non |
| 3 | Purée fluide s'écoulant lentement entre les dents de la fourchette | Acquis | Compotines | Cuillère | Non |
| 4 | Purée lisse épaisse. Ne s'écoule pas entre les dents de la fourchette | Acquis | Potées | Cuillère | Non |
| 5 | Haché lubrifié, ne peut se séparer en grains, particule 2 mm | NON | --- | --- | --- |
| 6 | Petits morceaux tendres max 8 mm/8 mm écrasés fourchette | En émergence | Petits morceaux de banane | --- | Non |
| 7 | Facile à mastiquer, morceaux de taille et forme variées | NON | --- | --- | --- |
| T | Textures changeantes : aliments croustillants solubles avec la salive | En émergence | Biscuits et chips pour bébé | Doigts | Oui |

- Aliments liquides : enfin, une attention particulière sera accordée à l'évaluation de la consommation des liquides, en raison du risque d'aspiration. L'évaluation reprend donc la liste des ustensiles utilisés pour boire et leurs particularités, précise si un épaissement est requis pour sécuriser la déglutition et si l'enfant boit de manière autonome. Le tableau 7 propose une évaluation de la consommation des liquides, en lien avec la texture de l'aliment (IDDSI 0, 1 ou 2) et en fonction de l'ustensile utilisé (biberon, verre à bec, gobelet avec découpe nasale, gobelet 360°, gobelet ouvert, paille, bouteille avec bouchon sport).

Tableau 7. Illustration : évaluation de la consommation des liquides. Protocole d'évaluation du TAP (Grevesse, Morsomme, Hermans, à paraître)

| Items | | IDDSI | Ustensile |
|-------------------|---|-------|-----------|
| Boire au gobelet | L'enfant boit une gorgée unique de liquide donné par l'adulte | | |
| | L'enfant boit et avale en gardant la tasse en bouche | | |
| | L'enfant boit plusieurs gorgées successivement en posant la tasse entre chaque gorgée | | |
| | L'enfant boit et avale plusieurs gorgées successivement données par l'adulte | | |
| | L'enfant boit et avale plusieurs gorgées successivement, en tenant le gobelet | | |
| Boire à la paille | L'enfant aspire et avale une gorgée unique avec la paille dans la bouche | | |
| | L'enfant aspire et avale plusieurs gorgées successivement avec la paille dans la bouche | | |

Le domaine psychosocial

Les préoccupations psychosociales doivent retenir l'intérêt de chacun des professionnels de l'équipe multidisciplinaire gravitant autour de l'enfant avec TAP et de sa famille. Cependant, lorsque ce domaine prend le pas sur les autres domaines au risque d'entraver l'évolution de l'enfant, l'intervention d'un-e psychologue ou d'un-e pédopsychiatre est requise. Le TAP est rarement limité à l'enfant ; en effet, les comportements problématiques représentent souvent une des premières préoccupations parentales. Les dysfonctionnements psychosociaux peuvent être observés au niveau de l'enfant, au niveau des parents et/ou au niveau de l'environnement. Dans tous les cas, ces dysfonctionnements

nuisent à la trajectoire développementale de l'alimentation ; ils contribuent au TAP en générant des comportements alimentaires problématiques, voire pérennisent le TAP en entretenant ce type de comportements. L'évaluation orthophonique du domaine psychosocial met ainsi le focus sur l'enfant, les parents et l'environnement d'alimentation. Dans le domaine du TAP, seules les interventions comportementales bénéficient d'un soutien empirique solide ; leur efficacité est démontrée par des paramètres objectifs et mesurables, même dans le cadre des pathologies sous-jacentes sévères. Les prises en soin comportementales impliquent notamment un entraînement parental ; dans cette optique, la guidance parentale orthophonique permet de renforcer ou de modifier les attitudes parentales (Grevesse, 2022, 2023). Lors de son évaluation des facteurs psychosociaux, l'orthophoniste identifie les comportements de l'enfant indésirables et incompatibles avec l'alimentation, les stratégies parentales, les perturbations du fonctionnement social, les perturbations de la relation parents-enfant en tenant compte de tous les éléments relatifs à la complexité développementale de l'enfant.

- Comportements indésirables incompatibles avec l'alimentation : lorsqu'il observe un repas, l'orthophoniste doit mettre le focus sur les comportements de l'enfant afin d'identifier lesquels perturbent ou inhibent une alimentation appropriée. Cette analyse peut être réalisée lors d'une observation directe en présentiel ou sur base de capsules vidéos réalisées lors de repas familiaux. Une grille d'observation permet de lister les comportements négatifs habituellement observés en situation de repas (Fries, 2017 ; Grevesse, 2023). Grevesse, Morsomme et Hermans (à paraître) proposent une grille d'observation permettant des comportements indésirables au repas et leur fréquence d'apparition (cf. tableau 8).

Tableau 8. Grille d'observation des comportements indésirables incompatibles avec l'alimentation, d'après Fries, 2017 complétée par les parents d'un enfant de 4 ans avec sélectivité alimentaire extrême. Protocole d'évaluation du TAP (Grevesse, Morsomme, Hermans, à paraître)

| Comportements de l'enfant | Fréquence d'apparition des comportements |
|---|--|
| Refuser totalement la nourriture | Parfois |
| Tourner la tête pour éviter la nourriture | Parfois |
| Se reculer pour éviter la nourriture | Parfois |
| Repousser la nourriture | Parfois |
| Pleurer, gémir | Rarement |

| | |
|--|------------|
| Produire un réflexe nauséeux | Rarement |
| Recraché la nourriture | Parfois |
| Fermer la bouche à l'approche de la nourriture | Parfois |
| Se couvrir la bouche avec la main | Rarement |
| Ignorer l'aliment proposé | Parfois |
| Refuser par des vocalisations négatives | Sans objet |
| Refuser verbalement, protester | Souvent |
| Négocier | Souvent |
| Quitter la table | Parfois |

On observe que l'enfant met en place des comportements d'évitement actifs et passifs ; ces comportements perturbateurs incompatibles avec l'alimentation retardent la consommation d'aliments, voire l'empêchent (tableau 8).

– Stratégies parentales : l'orthophoniste relève les stratégies parentales et identifie celles qui sont efficaces, afin de les soutenir et de les renforcer, ainsi que celles qui sont inefficaces, afin d'y trouver des alternatives. En effet, les stratégies inefficaces ne permettent ni d'améliorer le comportement de l'enfant en situation d'alimentation, ni de résoudre les dysfonctionnements alimentaires. C'est de nouveau par le biais d'une grille d'observation détaillée que l'orthophoniste pourra classer les attitudes observées. Ainsi, Vaughn *et al.* (2016) proposent une terminologie d'observation des pratiques alimentaires parentales selon trois domaines : le contrôle coercitif, la structure et l'incitation à l'autonomie. Le *contrôle coercitif* fait référence aux stratégies parentales influençant négativement le comportement de l'enfant, ses préférences alimentaires et sa socialisation en contexte de repas. La *structure* concerne l'organisation de l'environnement en vue de faciliter l'acquisition de nouvelles compétences par l'enfant. L'*incitation à l'autonomie* reprend les pratiques favorisant les capacités d'autorégulation (Grevesse, 2023). Le tableau 9 identifie des attitudes parentales observées par l'orthophoniste ou rapportées par les parents eux-mêmes.

Tableau 9. Structure : Relevé des attitudes des parents d'un enfant de 3 ans avec gastrostomie. Protocole d'évaluation du TAP (Grevesse, Morsomme, Hermans, à paraître).

| | | |
|-------------------|---|--------|
| Règles et limites | Fixer des attentes et des limites claires avant le repas. | Jamais |
|-------------------|---|--------|

| | | |
|----------------------------------|---|----------|
| Choix guidés | Permettre à l'enfant de choisir parmi deux options. | Jamais |
| Surveillance | Surveiller le type d'aliment que l'enfant mange. | Toujours |
| | Surveiller les quantités que l'enfant mange. | Toujours |
| Routines des repas et collations | Mettre en place une cohérence autour des repas. | Parfois |
| | Mettre en place une prévisibilité autour des repas. | Parfois |
| Modélisation | Montrer à l'enfant la compétence attendue | Jamais |

Les informations reprises dans ce tableau illustrent ce que les parents mettent en place comme structure durant les repas. En début de repas, les parents ne fixent pas d'attentes et de limites ; l'enfant est donc incapable de savoir précisément ce qui est attendu de lui. Les parents ne proposent aucun choix guidé (p. ex. « Tu veux un yaourt à la fraise ou à la banane ? ») ; ils laissent l'enfant choisir à sa guise ce qu'il va/veut ? manger. Ils notent à chaque repas ce que l'enfant a mangé et en quelle quantité. Ils ne mettent pas en place de réelles routines pour les repas : les aliments sont à disposition de l'enfant toute la journée pour lui permettre de manger lorsqu'il en a envie. Ils ne donnent pas spécialement de modèle à l'enfant (p. ex. manger une bouchée avant lui) et proposent le repas à l'enfant avant le leur, ce qui diminue les opportunités de modélisation.

- Perturbations du fonctionnement social : l'orthophoniste doit permettre d'identifier l'impact du TAP sur le fonctionnement social de l'enfant, notamment l'exclusion des repas familiaux (p. ex. mise en route de l'alimentation entérale à distance du repas familial), la limitation dans la participation à des événements scolaires (p. ex. exclusion du cours de natation à cause de la gastrostomie) ou sociaux (p. ex. exclusion de stages en résidentiel).
- Perturbations de la relation nourrisseur/enfant en contexte de repas : le dysfonctionnement alimentaire peut affecter, avec un degré de sévérité variable la relation parent/enfant. On peut ainsi noter un manque d'interactions aux repas, une fuite de l'enfant (p. ex. quitter la table), un abandon du parent (p. ex. laisser l'enfant manger uniquement l'aliment qui lui plaît), un stress parental au moment du repas et parfois en amont (p. ex. en faisant les courses familiales, en préparant le repas).
- Complexité développementale/comportementale : les troubles développementaux de l'enfant et son histoire médicale (p. ex. présence d'un syndrome génétique avec retard de développement) influencent les pratiques parentales. Il est important d'évaluer avec les parents leurs préoccupations parentales concernant la présence de comportements problématiques chez leur enfant lors des repas, mais également en dehors des repas (cf. tableau 10).

Tableau 10. Grille d'évaluation des comportements de l'enfant hors des repas complétée par les parents d'un enfant de 4 ans avec suspicion de TSA. Questionnaire pré-évaluation du TAP (Grevesse, Morsomme & Hermans, à paraître).

| Comportements observés | Fréquence d'apparition | | | | |
|--|------------------------|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Votre enfant fait des crises à la maison | | | | | X |
| Votre enfant fait ou faisait des crises à la crèche ou à l'école | | | | X | |
| Votre enfant fait des crises partout | | X | | | |
| Votre enfant fait des crises avec certaines personnes | | | | | X |
| Votre enfant fait des crises avec tout le monde | | X | | | |
| Votre enfant vous semble « difficile » | | | | X | |
| Vous avez du mal à canaliser votre enfant | | | | | X |
| Le personnel de la crèche a ou avait du mal à canaliser votre enfant | | | X | | |
| Les enseignants ont du mal à canaliser votre enfant | | X | | | |

Cet inventaire rapporté par les parents permet de mettre en évidence que les difficultés comportementales de l'enfant dépassent le contexte des repas et s'étendent aux autres milieux de vie de l'enfant tels que la crèche et l'école.

◆ CONCLUSION

L'évaluation orthophonique du trouble alimentaire pédiatrique est une procédure longue et complexe. Elle vise à récolter tous les éléments pertinents pour poser un diagnostic orthophonique, contribuer à l'évaluation multidisciplinaire du TAP, proposer aux parents des recommandations pertinentes et individualisées et élaborer un plan thérapeutique avec des objectifs à court, moyen et long terme. Pour récolter les informations dont il a besoin, l'orthophoniste combine une évaluation indirecte sous forme de questionnaires et inventaires parentaux et une évaluation directe réalisée en présence de l'enfant et de ses parents. L'évaluation met ainsi le focus sur les repas familiaux, soit en présentiel, soit par l'intermédiaire de capsules vidéos. Les données ainsi récoltées sont ventilées dans les quatre domaines du trouble alimentaire pédiatrique définis par Goday *et al.* (2019) : le statut médical, le statut nutritionnel, les compétences alimentaires et le statut psychosocial, afin de proposer un diagnostic orthophonique fondé sur une approche scientifique et spécifique.

◆ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARVEDSON, J.C., BRODSKY, L., & LEFTON-GREIF, M.A. (2019). *Pediatric swallowing and feeding : Assessment and management*. (Eds.), Plural Publishing.
- BARTON, C., BICKELL, M., & FUCILE, S. (2018). Pediatric oral motor feeding assessments : A systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 38(2), 190-209.
- BRUNS, D.A., & THOMPSON, S. D. (2010). Feeding challenges in young children : Toward a best practices model. *Infants & young children*, 23(2), 93-102.
- FRIES, L. R., MARTIN, N., & VAN DER HORST, K. (2017). Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. *Physiology & Behavior*, 176, 93-100.
- DEPLEDT. (2009). *Évaluation sensorielle – manuel méthodologique (3e éd.)*. Lavoisier.
- FRIES, L. R., MARTIN, N., & vVAN DER HORST , K. (2017). Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. *Physiology & Behavior*, 176, 93-100.
- GODAY, PS., HUH, S.Y., SILVERMAN, A., LUKENS, C.T., DODRILL, P, COHEN, S.S., DELANEY, A.L., FEULING, M.B., NOEL, R.J., GISELL, E., KENZER, A., KESSLER, D.B., KRAUS DE CAMARGO, O., BROWNE, J., PHALEN, J.A. (2019) Pediatric Feeding Disorder : Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, 68(1):124-129.
- GREVESSE, P. (2022). Le trouble alimentaire pédiatrique. De quoi parle-t-on ? Quel traitement choisir ? Le point de vue du logopède. UPLF info, 2022/3.
- GREVESSE, P., MORSOMME, D., & HERMANS, D. Protocole d'évaluation du TAP. (A paraître).
- GREVESSE, P., MORSOMME, D., & HERMANS, D. Questionnaire pré-évaluation du TAP. (A paraître).
- GREVESSE, P. (2023). Trouble alimentaire pédiatrique et guidance parentale. Dans Thomas, N. *Accompagner et soutenir le développement langagier de l'enfant*. (Chapitre 10, pp. 246-266). Deboeck supérieur. Collection orthophonie.
- LECOCQ, D., & NERON, A. (2018). Le patient partenaire de ses soins et du système de soins de santé. *ABD*, 61(6), 27-33.
- MCCURTIN, A. (2017). *The Fun with Food Programme : Therapeutic Intervention for Children with Aversion to Oral Feeding*. Routledge.
- MANIKAM, R., & PERMAN, J. A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of clinical gastroenterology*, 30(1), 34-46.
- MITCHELL, R. B., CALL, E., & KELLY, J. (2003). Ear, nose and throat disorders in children with Down syndrome. *The Laryngoscope*, 113(2), 259-263.
- MORRIS, S. E., & KLEIN, M. D. (2000). Pre-feeding skills : a comprehensive resource for mealtime development (pp. 537-52). San Antonio : Tsb/Harcourt.
- PEÑA-PORTILLO, G. C. (2019). OLEOGUSTUS : EL SEXTO SABOR EN LA INDUSTRIA ALIMENTARIA/Oleogustus : the sixth flavor at the food industry. *Ciencia y Tecnología de los Alimentos*, 29(3), 70-76.
- RAATZ, M., MARSHALL, J., WARD, E. C., DICKINSON, C., FREDERIKSEN, N., REILLY, C., & FERNANDO, S. (2023). Understanding training needs in pediatric

-
- feeding for allied health professionals : An Australian perspective. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1-17.
- SHARP, W. G., VOLKERT, V. M., SCAHILL, L., McCRACKEN, C. E., & McELBANON, B. (2017). A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders : how standard is the standard of care?. *The Journal of pediatrics*, 181, 116-124.
- SHARP, W. G., SILVERMAN, A., ARVEDSON, J. C., BANDSTRA, N. F., CLAWSON, E., BERRY, R. C., ... & LUKENS, C. T. (2022). Toward better understanding of pediatric feeding disorder : a proposed framework for patient characterization. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 75(3), 351.
- SHEPPARD, J. J. (2008). Using motor learning approaches for treating swallowing and feeding disorders : A review.
- TOYAMA, H., & AGRAS, W. S. (2016). A test to identify persistent picky eaters. *Eating behaviors*, 23, 66-69.
- VAUGHN, A. E., WARD, D. S., FISHER, J. O., FAITH, M. S., HUGHES, S. O., KREMERS, S. P., ... & POWER, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices : a content map to guide future research. *Nutrition reviews*, 74(2), 98-117.
- VAYGHN, A. E., WARD, D. S., FISHER, J. O., FAITH, M. S., HUGHES, S. O., KREMERS, S. P., ... & POWER, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices : a content map to guide future research. *Nutrition reviews*, 74(2), 98-117.
- VYGOTSKY, L. S. (2012). *Vygotsky, une théorie du développement et de l'éducation*. MGU.

