

ERT6073 – ERGOTHÉRAPIE AVANCÉE AUPRÈS DE L'ENFANT

FICHE DESCRIPTIVE

ANALYSE D'OUTILS D'INTERVENTION/PROGRAMMES

Membres de l'équipe
Marie-Christine Carlos, Karine Charbonneau, Cassandre Dorsainvil, Valérie Godin
Titre du programme
Ernsperger, L., Stegen-Hanson, T. (2004). <i>Just Take a Bite : Easy, Effective Answers to Food, Aversions and Eating Challenges</i> , Future Horizons : Arlington.
Population cible
<p>Ce programme s'adresse à un groupe d'enfants hétérogènes et présentant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes du «resistant eater»:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'aliments limité au répertoire alimentaire (10-15 aliments ou moins) - Refus d'un ou plusieurs groupes alimentaires - Réaction extrême d'aversion lorsque l'enfant est présenté à de nouveaux aliments après l'âge de 2-3 ans - Présence de rigidités et/ou routines alimentaires dysfonctionnelles sur une longue période de temps - Diagnostic de retard de développement ou d'autres diagnostics médicaux tel que l'autisme, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié, le retard mental, les troubles neuromusculaire ou autres troubles médicaux pouvant interférer avec l'activité de mâcher, avaler, digérer.
Bases théoriques sous-jacentes
<p>Différentes bases théoriques sont sous-jacentes au programme : développementale, intégration sensorielle, cognitivo-comportementale, biomécanique, anatomique et biomédicale, neurodéveloppementale (NDT) et principes découlant des théories de l'apprentissage. Le programme présente des chapitres portant sur certaines de ces théories.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Théorie développementale : La maturation de l'enfant au cours de son développement est prise en considération dans le choix des activités proposés, considérant qu'elle joue un rôle sur les capacités alimentaires de l'enfant et ce, en prenant aussi en compte plusieurs concepts clés de la théorie développementale telle que la variabilité individuelle. De plus, l'approche considère l'impact de l'activité de manger sur le développement, entre autres, social, émotionnel et oro-moteur. • Théories d'intégration sensorielle : Le programme base la gradation et l'intégration des nouveaux aliments sur leur propriété sensorielle et prend en considération les particularités au niveau du traitement des informations sensorielles possibles chez ces jeunes afin de maximiser leur capacité attentionnel et leur niveau d'éveil. • Théorie cognitivo-comportementale. Elle agit sur les comportement et émotions de l'enfant qui découlent bien souvent de pensées irrationnelles. Les principes d'exposition et de désensibilisation sont inspirés de cette approche. • Théorie biomécanique permet au programme de proposer un positionnement adéquat pour l'alimentation. • Théories biomédicales permettent au programme de prendre en considération des problématiques davantage physiologiques telles que le reflux gastro-œsophagien.

- Théories neurodéveloppementales (NDT) : certaines activités proposées impliquent la mobilisation et l'élongation des structures visant à préparer à l'activité de manger (ex : élongation des muscles faciaux).
- Théorie d'apprentissage vise à ce que l'expérience de l'enfant avec la nourriture soit positive (renforcement positif intrinsèque) afin d'augmenter la probabilité que l'enfant accepte d'explorer de plus en plus les aliments. Aussi, le renforcement positif extrinsèque des bons comportements est valorisé par l'auteure. Finalement, la pratique par les multiples expositions aux aliments est une stratégie mise de l'avant dans ce programme.

Objectifs visés

Le programme vise à permettre l'expansion du répertoire alimentaire de l'enfant afin d'obtenir une diète équilibrée et une vie de famille satisfaisante :

- Permettre l'exposition et l'exploration de nouveaux aliments;
- Améliorer des capacités orales-motrices et le positionnement;
- Améliorer des capacités sensorimotrices;
- Créer un environnement physique et social favorable à l'exploration de nouveaux aliments et de plans de traitement efficaces;
- Respecter l'enfant dans sa réponse à la nourriture.

Description du programme

Le programme peut être utilisé par les professionnels de la santé, les parents, les enseignants et les éducateurs dans divers contextes tel qu'à l'école ou à domicile. Le programme offre plusieurs idées d'exercices à réaliser avec l'enfant, enseigne des stratégies et offre des exercices d'auto analyse et de réflexion pour la personne qui applique celui-ci, couvrant les catégories suivantes :

Première partie : Contrôle de l'environnement

1. Création d'un horaire pour les repas et les collations : Écrire un horaire que l'enfant comprend (ou utilisation de pictogrammes si l'enfant a des capacités limitées en lecture) ; Utilisation d'une minuterie pour prévenir que le prochain repas/collation arrive (pour ceux que le concept du temps est difficile) ; Utilisation d'une minuterie pour déterminer la longueur du repas ; S'assurer que l'horaire de repas inclus des moments pour manger une collation ; L'horaire pour les repas et les collations doit être différent selon les caractéristiques de l'enfant (diagnostic, âge, poids) ; Offrir à l'enfant un aliment qu'il préfère pour chaque repas et/ou collation (IMPORTANT) ; Offrir uniquement de l'eau entre les repas et les collations.

2. Implantation de « paramètres lors des repas » : Boire et manger sont des activités qui doivent être faites à table ; La quantité de distractions pendant les repas devrait être réduites au minimum ; La famille et les amis ont un rôle important à jouer lors des repas (permet la socialisation).

3. Création d'un environnement favorable (support et protection) : Respecter l'enfant & ne pas envahir sa bouche sans autorisation ; Utilisation de jeu de rôle pour démontrer des techniques lors de l'alimentation ; Il est impératif de ne pas discuter des habitudes et la quantité d'aliment ingérée par l'enfant durant le repas ; Débuter une conversation sur le goût, la texture et l'odeur des nouveaux aliments.

4. Détermination des portions des aliments : Fournir à l'enfant une assiette et des ustensiles appropriés pour son âge ; Il est préférable de commencer l'ingestion de nouveaux aliments avec de petites portions (dans le but de permettre à l'enfant de vivre une réussite) ; Contrôler la taille des portions : considérer une cuillère à soupe de chaque type d'aliment pour chaque année de vie de l'enfant (ex : 4 cuillères pour un enfant de 4 ans).

5. Sélection des aliments : Faire un menu pour toute la famille ; Sélectionner des aliments « child-friendly » ; Il est important de considérer la texture, la couleur et l'odeur d'un nouvel aliment avant son introduction ; Inclure dans le repas un morceau de pain Être flexible ; Il est important de savoir

que la sélection des aliments pour l'école peut être limitée aux aliments servis à la cafétéria.

6. « Food jags » : Créer des opportunités pour une flexibilité structurée et faire des choix ; Ne pas répondre aux besoins de l'enfant de toujours recevoir les mêmes aliments ; Inclure l'enfant lors de la préparation des aliments et lors de la présentation.

7. Avoir un comportement adéquat lors des repas : Les « resistant eaters » présentent souvent des comportements difficiles pendant les repas en raison de leur aversion persistante pour la nourriture ; Instaurer une routine de transition pour se diriger vers la table ; Si l'enfant fait une crise de colère pendant le repas, calmement le retirer du groupe vers un lieu sûr ; Si l'enfant a été retiré lors du repas, ne pas permettre son retour à la table à diner ; Si l'enfant lance ou détruit de la nourriture, il doit nettoyer ; Il est important que l'adulte analyse son jugement sur le comportement de l'enfant.

Deuxième partie : Développement gastro-intestinal, physique et oro-moteur

1. Confort gastro-intestinal : Réduction de la portion des aliments ; Éviter les aliments épicés, gras et acides ; Il est important de diminuer le stress lors des repas : observation de l'enfant pour détecter les signes d'inconfort gastro-intestinaux (lorsqu'ils sont observés demander à l'enfant de respirer profondément, faire des pressions sur l'abdomen ou lui faire écouter de la musique) ; Lorsque l'enfant est plus âgé, faire l'enseignement de la différence entre un inconfort gastro-intestinal et un mal de ventre.

2. Développement physique : S'assurer que l'enfant adopte une position adéquate lors des repas ; Faire des activités pour promouvoir un contrôle postural adéquat, pour augmenter : la force des membres supérieurs et des épaules, les habiletés de coordination et de planification motrice, la force de la partie supérieure du corps ; Faire des activités de travaux lourds à la maison.

3. Développement oro-moteur : Faire des activités pour augmenter : la sensibilisation et la dissociation du mouvement, le tonus de la langue, le mouvement de la langue, des lèvres et des joues ; Faire des activités pour normaliser le tonus de la mâchoire, des lèvres et des joues ; Faire des activités qui permettent l'amélioration des habiletés d'alimentation à la cuillère, pour boire dans un verre, pour boire avec une paille, pour mordre et mâcher.

Troisième partie : Stade de développement sensoriel au niveau de l'alimentation

Lignes directrices pour l'implantation des stades de développement sensoriel ; Activités et exercices pour apprendre que des nouveaux aliments peuvent être ajouté au repas soit à la fin du repas ou à une plage horaire distincte identifiée comme un moment pour apprendre sur des nouveaux aliments ; Lignes directrices et exercices pour l'implantation du stade 1 – Acceptation, du stade 2 – Toucher, du stade 3 – Sentir, du stade 4-Gouter et du stade 5- Manger des nouveaux aliments.

Évaluation de l'enfant que vous jugeriez préalable à l'application du programme

Globalement, le programme recommande de suivre un processus d'évaluation qui soit interdisciplinaire, incluant la famille et se basant sur l'utilisation de méthodes variées. Le programme discute des différents concepts devant être abordés lors de l'évaluation, mais n'offre pas de protocole d'évaluation détaillé et préalable à son application. Ainsi, concrètement, une évaluation préalable couvrant les différents concepts proposés par le livre et menant à l'identification de la nécessité de l'utilisation du programme devrait s'articuler approximativement comme suit :

1. Cueillette de données au dossier médical, si disponible

2. Entrevue avec les parents et l'enfant selon l'âge : Bonifier les informations trouvées au dossier. histoire de développement de l'enfant incluant l'alimentation, ainsi que l'histoire du problème. Cibler les principaux problèmes et leur étendus Discuter des solutions essayées antérieurement, de la diète actuelle de l'enfant, des habitudes de vie de la famille en lien avec l'alimentation, de l'horaire et emplacement des repas. Explorer les croyances culturelles, les peurs et le stress des parents en plus de leur rapport avec les résistances alimentaires de leur enfant. L'outil The Food Neophobia Scale (FNS) que le programme propose peut être intéressant comme référence lors de l'élaboration des

thèmes à aborder lors de l'entrevue.

3. Observation de repas dans le milieu naturel préférablement et dans des contextes variés, si possible, en incluant un aliment facile et un plus difficile. Faire l'essai de certaines stratégies. Observer les facteurs environnementaux et comportementaux influents.

4. Au besoin, aller investiguer les composantes sensorielles, orales-motrices (structures, mobilité, force) et neurologique (réflexes, praxies). Pour ce faire, il est possible d'avoir recours à certains outils d'évaluations standardisés : Composante sensorielle : Sensory Processing Measure ou le Profil Sensoriel ; Oral-moteur : Oral Motor/Feeding Rating Scale (dépistage dans le cadre de mises en situation) Marshalla Oral Sensorimotor Test (surtout utilisé par les orthophonistes).

Preuves d'efficacité concernant le programme

Aucune preuve d'efficacité concernant le programme relevée dans la littérature. Néanmoins, plusieurs études appuient une relation significative entre certains éléments, tels que le présente l'auteure et sur lesquels sont construit ses stratégies. Quelques-unes sont présentées ici-bas :

- Il y a association entre l'intégration sensorielle (processus sensoriel) et les résistances alimentaires chez les enfants présentant un trouble du spectre autistique (Nadon, Feldman, Dunn & Gisel, 2011).
- Les préférences alimentaires de la famille influence la sélectivité alimentaire de l'enfant et ce, davantage que le diagnostic d'autisme (Schreck & Williams, 2006).
- Les interventions devraient être complètes et inclure le traitement de la condition médicale, la modification des comportements dysfonctionnels, la modification des patrons d'alimentation inappropriés, de l'éducation parentale et une formation appropriée aux parents au sujet des compétences alimentaires (Manikam & Perman, 2000).
- La majorité des problèmes d'alimentation peut être résolue ou grandement améliorée grâce à la thérapie médicale, oro-motrice et comportementale (Jacobi, Agras, Bryson & Hammer, 2003; Baranek, 2002).

Autres informations pertinentes

Disponibilité : Achat possible en ligne et partiellement disponible sur Google Books (gratuit). Achat sur Amazon.ca au coût de 35\$; Prix du livre : variant entre 25\$ et 35\$; Nombre de pages : 236 ; Langue : Anglais.

Scénarios proposés en fonction du contexte de pratique québécois

Suivi direct une fois par semaine (milieu naturel ou en salle d'intervention)

La fréquence idéale d'intervention peut varier selon le type de problématique rencontré par l'enfant et sa famille et ce, jumelé au fait que le programme met l'accent sur le respect du rythme de l'enfant comme ingrédient déterminant du succès de celui-ci. L'auteure rapporte l'importance d'effectuer un suivi considérant le milieu naturel de l'enfant et son maintien dans le temps. Le milieu naturel de l'enfant facilite la généralisation des acquis et permet d'observer les facteurs d'influence réels. Par contre, la salle de thérapie peut présenter l'avantage de diminuer l'anxiété de l'enfant s'il a associé un milieu à une expérience alimentaire difficile voire même traumatisante.

Concrètement, avec un suivi direct d'une fois par semaine, il est possible d'appliquer le programme tel qu'il est proposé, soit d'adresser l'environnement comme première cible des interventions considérant son importance capitale dans une problématique d'alimentation. Puis, selon les problématiques de l'enfant, il est possible de bâtir des thérapies en suivant les principes du programme et en s'inspirant des exercices et pistes d'enseignement proposé. Ainsi, avec son contexte d'intervention direct et intensif, il sera possible de viser des améliorations sur le plan du confort gastro-intestinal, du développement physique lié par exemple à la posture et des fonctions orales-motrices avec ou sans désensibilisation selon une exposition hiérarchisé à la nourriture en respectant la tolérance de l'enfant. De plus, le programme facilite l'implication des parents dans le traitement de l'enfant en proposant des

images et des interventions faciles à comprendre et à appliquer et pouvant être photocopié ou traduit. Ainsi, malgré une fréquence élevée de rencontre, il est possible pour le parent de poursuivre les interventions à la maison en s'inspirant du programme ou en utilisant les outils offerts par celui-ci.

Suivi direct une fois par mois (milieu naturel ou salle d'intervention)

Tel que précisé précédemment, un suivi minimal est nécessaire, étant donné la fréquence des repas et que les parents arrivent souvent démunis quant aux stratégies à utiliser auprès de l'enfant. Ainsi, pour pallier en partie à la fréquence moins élevée du contact, il peut être pertinent de remettre davantage de documentation aux intervenants et aux parents. Un suivi via un journal de bord de l'alimentation peut aussi être pertinent, bien qu'il ne soit pas prévu dans le programme. Ceci étant dit, un suivi direct mensuel peut être réalisé et les stratégies pour le suivi direct par semaine peuvent être réalisées dans un suivi mensuel mais une poursuite des modalités à la maison sera d'autant plus nécessaire.

Suivi indirect (recommandations, supervision d'intervenant)

Ce programme ne s'applique pas de façon consultatif uniquement mais il peut-être utilisé pour :

- Activités de prévention faites à partir du livre (ex. un groupe de formation aux parents inspiré des principes du livre)
- Vidéo de formation créée à partir du programme du livre
- Mentorat auprès des intervenants à partir du programme du livre
- Utiliser les vignettes d'exercices et remettre des photocopies (stratégies d'enseignement, information) comme devoir aux parents à la maison.

Références

- Ernsperger, L., Stegen-Hanson, T. (2004). Just Take a Bite : Easy, Effective Answers to Food, Aversions and Eating Challenges, Future Horizons : Arlington.
- Baranek ,GT. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism . Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(5), 397–422.
- Jacobi, C., Agras, WS, Bryson, S., Hammer, LM. (2003). Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42(1), 76–84.
- Manikam, R. & Perman, JA. (2000). Pediatric feeding disorders. Journal of Clinical Gastroenterology, 30(1), 34–46.
- Nadon, G., Feldman, DE., Dunn, W., and Gisel, E. (2011). Association of Sensory Processing and Eating Problems in Children with Autism Spectrum Disorders. Autism Research and Treatment, 2011, 8p.
- Schreck, KA. & Williams, K. (2006). Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. Research in Developmental Disabilities, 27(4), 353–363.