

Université de Montréal

Intervention pour la sélectivité alimentaire chez les enfants autistes

par

Valérie Ross

École de Psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Travail présenté dans le cadre du cours PSE 6607

Professeur: Serge Larivée

3 juin 2008

## Table des matières

Sommaire.....	1
Introduction .....	2
Revue de la littérature .....	3
Le trouble autistique .....	3
Définition.....	3
Étiologie .....	4
Prévalence.....	5
Problèmes Associés.....	5
Sélectivité alimentaire.....	6
Définition.....	6
Prévalence.....	6
Trajectoire développementale.....	6
Revue des programmes d'intervention .....	8
The S.O.S. approach to feeding .....	8
Eating & drinking difficulties in children .....	11
Just take a bite.....	12
Pertinence de l'intervention .....	13
Programme d'intervention .....	14
Sujets et animateurs .....	14
Objectifs .....	14
Contenu du programme.....	15
Contexte spatial.....	15
Contexte temporel .....	16
Stratégies de gestion des apprentissages et des comportements .....	16
Système de responsabilités.....	17
Stratégie de transfert et généralisation et système de reconnaissance.....	17
Méthodes d'évaluation .....	17
Évaluation de l'implantation .....	17
Adhérence.....	17
Exposition .....	18
Débordement .....	18
Évaluation des effets .....	18
Devis d'évaluation.....	18
Instruments de mesure .....	19
Mise en œuvre .....	20
Présentation de la mise en œuvre vécue selon le modèle de Gendreau.....	20

Évaluation de la mise en œuvre .....	21
Adhérence.....	21
Exposition .....	22
Débordement .....	23
Jugement global sur la conformité .....	23
Implications eu égard à l'évaluation des effets.....	23
Évaluation des effets.....	24
Résultats de l'objectif #1: L'enfant progressera dans les étapes de l'alimentation (tolérer, interagir, sentir, toucher, goûter et manger) .....	25
Wellan.....	25
Amayelle .....	25
Lassa .....	26
Résultats de l'objectif #2: L'enfant goûtera de nouveaux aliments .....	27
Résultats de l'objectif #3: L'enfant augmentera le volume d'aliments ingérés .....	28
Wellan.....	28
Amayelle .....	28
Lassa .....	29
Résultats de l'objectif #4: L'enfant augmentera le nombre de portions ingérées d'un groupe alimentaire qui est déficitaire .....	29
Wellan.....	29
Amayelle.....	30
Lassa .....	31
Discussion.....	31
Jugement sur l'atteinte des objectifs .....	31
Objectifs proximaux.....	31
Objectif spécifique 1: L'enfant progressera dans les étapes de l'alimentation (tolérer, interagir, sentir, toucher, goûter et manger).....	31
Objectif spécifique 2: L'enfant goûtera de nouveaux aliments.....	31
Objectif spécifique 3: L'enfant augmentera le volume d'aliments ingérés.....	32
Objectif spécifique 4: L'enfant augmentera le nombre de portions ingérées d'un groupe alimentaire qui est déficitaire. ....	32
Jugement global sur l'atteinte des objectifs spécifiques.....	32
Objectif distal .....	33
Augmenter le répertoire alimentaire des enfants autistes ayant un problème de sélectivité alimentaire. ....	33
Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention.....	33
Sujets.....	33

Exposition .....	33
Contenu du programme .....	34
Liens entre les résultats et le contexte théorique .....	34
Avantages et limites de l'intervention .....	35
Avantages .....	35
Limites .....	36
Conclusion .....	37
Références .....	39
Annexe I .....	42
Annexe II .....	44
Annexe III .....	44
Annexe III .....	45
Annexe IV .....	46
Annexe V .....	47
Annexe VI .....	48
Annexe VII .....	49
Annexe VIII .....	50

## Sommaire

Un programme d'intervention portant sur la sélectivité alimentaire a été mis sur pied pour trois enfants autistes âgés de trois ans, à l'hôpital de jour, un service offert par l'hôpital Rivière-des-Prairies pour le traitement des symptômes aggravants. L'objectif général du programme était d'augmenter le répertoire alimentaire des enfants autistes ayant un problème de sélectivité alimentaire.

Pour ce faire, deux volets d'intervention ont été mis en place: une thérapie alimentaire et un dîner communautaire. Le premier volet consistait en une désensibilisation sensorielle, une routine de début et de fin, ainsi que des jeux alimentaires. Ce volet était d'une durée d'environ une heure 30 minutes. Le second volet consistait en une série de dîners où les enfants et les intervenants partageaient le même repas. La durée de ce volet était d'environ 30 minutes. L'ensemble du programme a duré huit semaines, à raison de deux rencontres par semaine. Les parents étaient invités à participer activement au programme en étant présents à cinq rencontres et en généralisant les interventions à leur domicile.

Le devis expérimental utilisé afin d'évaluer le programme est un protocole à cas unique de type ABA à changements de critères. De plus, de nombreuses mesures ont été prises tout au long du programme, tant pour évaluer les effets que la mise en œuvre.

Les principaux résultats montrent que l'intervention permet l'augmentation du répertoire alimentaire de l'enfant. Sur le plan des objectifs spécifiques, la progression de chacun des trois enfants est très différente. Wellan est l'enfant qui progresse le plus rapidement et de la façon la plus constante. Amayelle progresse très lentement sur tous les points, mais la progression est constante et elle ne tend plus à sauter des repas comme auparavant. Lassa progresse de façon plutôt aléatoire et son taux d'absence, ainsi que celui de sa mère est élevé. De façon générale, tous les enfants ont minimalement bénéficié de l'intervention. Toutefois, une intervention plus longue permettrait une meilleure intégration de l'intervention par l'enfant, de même que par les parents. Une plus grande implication des parents dans le processus serait également à envisager pour une intervention future.

## Introduction

L'alimentation est un sujet qui touche chaque individu. L'action de manger est pratiquement devenu un automatisme pour la plupart des gens. Il s'agit tout simplement de combler quotidiennement un besoin primaire. Les parents sont toujours inquiets lorsque leur enfant refuse de se nourrir. Pour certains, la période des repas est devenue synonyme d'inquiétude, de frustration ou même de détresse importante. Malgré cela, avec le temps, la plupart des enfants apprennent à varier leur alimentation. Pour les enfants autistes, le temps et la maturation ont peu d'effet sur l'alimentation et le stress lié aux périodes de repas perdure pour toute la famille. Cette problématique est bien connue sous le nom de sélectivité alimentaire. Bien que n'étant pas une problématique qui soit uniquement reliée à l'autisme, la sélectivité alimentaire est cliniquement reconnue comme un problème fréquemment associé à ce trouble.

L'hôpital Rivière-des-Prairies est particulièrement préoccupé par la sélectivité alimentaire. Dans ce milieu, un service est offert aux enfants ayant un trouble autistique, âgés entre 2 et 7 ans, qui présentent un ou plusieurs symptômes aggravants. Parmi ces symptômes, il est possible de retrouver entre autres de l'agressivité, de l'automutilation, des besoins sensoriels importants, des troubles du sommeil et de la sélectivité alimentaire. Ce service, un hôpital de jour, accueille ces enfants et vise une diminution de leurs symptômes aggravants. La sélectivité alimentaire est l'un des problèmes les plus répandus. Malheureusement, les interventions réalisées dans ce sens ne sont pas spécifiques, ni soumises à une évaluation. Le présent projet de maîtrise porte donc sur l'élaboration et l'évaluation d'un programme d'intervention visant la sélectivité alimentaire chez les enfants ayant un trouble autistique.

Pour ce faire, une revue de la littérature scientifique est effectuée afin de mieux comprendre la problématique et de connaître les programmes d'interventions qui sont les plus efficaces et appropriés à la population ciblée. Un programme est ensuite choisi et construit à partir de ces informations. Chacune des composantes est vérifiée et adaptée le mieux possible aux besoins des enfants. Un choix est également fait au niveau du devis expérimental et des instruments de mesure, afin de procéder à l'évaluation de ce programme. À la suite de la mise en place du programme dans le milieu et de la collecte des données d'évaluation, la mise en œuvre est révisée et évaluée. Les effets sont également analysés et discutés afin de déterminer la pertinence du programme dans son ensemble.

Le présent travail est divisé en huit sections principales: (a) une synthèse de la littérature, (b) la justification de l'intervention en regard au contexte théorique et aux besoins

du milieu, (c) une présentation détaillée du programme d'intervention selon les composantes du modèle de Gendreau, (d) la présentation des modalités d'évaluation, (e) l'évaluation de la mise en œuvre, (f) l'évaluation des effets, et (g) la discussion.

### **Revue de la littérature**

Afin de bien comprendre les difficultés spécifiques vécues par les enfants qui ont un trouble autistique et qui sont sélectifs dans leur alimentation, la section qui suit présente la description sommaire des deux problématiques. Le trouble autistique est présenté par sa définition, son étiologie, sa prévalence et les problèmes qui y sont associés. La sélectivité alimentaire est ensuite définie et sa prévalence est donnée. Par la suite, la trajectoire développementale de la sélectivité alimentaire chez les autistes est présentée. La section se termine par la présentation critique de trois programmes d'interventions visant la sélectivité alimentaire: (a) *The S.O.S. approach to feeding* (Toomey, Nyhoff, & Lester, 2007), (b) *Eating & drinking difficulties in children* (Winstock, 2005) et (c) *Just take a bite* (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004).

#### *Le trouble autistique*

##### *Définition*

Selon le DSM-IV (APA, 2004) et le CIM-10 (OMS, 1993)<sup>1</sup>, le diagnostic du trouble autistique repose principalement sur trois axes de déficits: 1) une altération cliniquement significative sur le plan des interactions sociales, 2) de la communication, ainsi que 3) des intérêts, activités et comportements ayant un caractère stéréotypé, restreint et répétitif. Les interactions sociales doivent comporter au moins deux des quatre anomalies suivantes: (a) une altération dans l'utilisation des comportements non-verbaux, (b) une incapacité de développer des relations avec les pairs selon le niveau de développement, (c) l'absence d'intérêt pour le partage des réussites ou des activités aimées et (d) le manque de réciprocité sociale ou émotionnelle. La communication doit être altérée sur au moins un des quatre éléments suivants: (a) un retard/absence de langage parlé, (b) une incapacité à engager ou soutenir une conversation avec autrui, (c) un langage répétitif, stéréotypé ou idiosyncrasique et (d) l'absence de jeu d'imitation ou de faire semblant varié, spontané et correspondant au niveau de développement. Les activités et les intérêts ont au moins une des quatre caractéristiques suivantes: (a) une préoccupation centrée sur un ou plusieurs intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans l'intensité ou l'orientation, (b) une adhésion à des habitudes ou des rituels inflexibles qui nuisent au fonctionnement normal, (c) des maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs et (d) des préoccupations persistantes

---

<sup>1</sup> Définition complète du DSM-IV et du CIM-10 en annexe I.

pour certaines parties des objets. De plus, ces difficultés doivent apparaître avant l'âge de 3 ans (APA, 2004; OMS, 1993).

### *Étiologie*

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental, ce qui signifie que son étiologie est principalement biologique. Par ailleurs, de nombreuses études montrent que ce trouble a des bases génétiques non négligeables (Davison, Neale, Blankstein, & Flett, 2002; Dumas, 2003; Lauritsen, Pedersen, & Mortensen, 2005). À cet égard, des études recensées par Dumas (2003) montrent que 3% à 5% des enfants atteints d'un trouble autistique ont un frère ou une sœur ayant le même trouble. Ce nombre atteint 15% lorsque l'on considère les troubles développementaux en général. De plus, dans une recension d'études sur les jumeaux, le taux moyen atteint est de 64% pour les monozygotes et de 9% pour les dizygotes, ce qui laisse fortement présager que la génétique joue un rôle dans l'étiologie de l'autisme (Smalley, 1991 in Dumas, 2003). Selon Lauritsen et al. (2005), la complexité de cette composante génétique impliquerait plus de 15 gènes différents.

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs études ont démontré l'implication de facteurs neurologiques dans le développement de l'autisme (Davison et al., 2002; Dumas, 2003; Koegel, Koegel, Frea, & Smith, 1995; Leyfer et al., 2006). D'ailleurs, Davison et al. (2002) et Koegel et al. (1995) rapportent que les différents examens cérébraux (EEG et IRM) des personnes souffrant d'un trouble autistique ont quelques différences au niveau du cerveau et de certains neurotransmetteurs. Ces différences sur le plan neurologique pourraient expliquer certaines des difficultés particulières des enfants autistes; entre autres leur difficulté de capter l'information environnante, surtout lorsqu'ils sont captivés par leur centre d'intérêt particulier.

Finalement, plusieurs études confirment que l'environnement prénatal semble être un élément qui influence l'étiologie de l'autisme (Davison et al, 2002; Dumas, 2003; Koegel et al., 1995; Lauritsen et al., 2005). La cause la plus souvent mentionnée est une infection virale chez la mère durant la grossesse, comme la rubéole. En somme, il est clair que le trouble autistique découle d'un dysfonctionnement biologique. Toutefois, il est plus difficile de déterminer de quelle façon ces différents facteurs interagissent entre eux et comment en découle l'apparition du trouble autistique.

Des études mentionnent en outre la présence de certains facteurs de risques ou de protection, d'ordre psychologique et familial, ayant un impact dans l'apparition et le maintien des symptômes du trouble autistique (Davison et al, 2002; Dumas, 2003; Lauritsen et al.,

2005). Parmi ceux-ci, notons: (a) l'historique de la santé mentale familiale, (b) le lieu de naissance de l'enfant et des parents et (c) l'âge des parents (Lauritsen et al. 2005). L'intervention précoce et l'implication parentale sont des facteurs de protection importants (Koegel et al., 1995).

### *Prévalence*

La majorité des études sur la prévalence de l'autisme montrent un taux moyen de 60 individus sur 10 000 (Chakrabarti & Fombonne, 2005; Honda, Shimizu, Imai & Nitto, 2005; Keen & Ward, 2004; Wing & Potter, 2002). De plus, le ratio moyen de l'autisme selon le sexe est d'une fille pour 4,3 garçons (Dumas, 2003; Honda et al., 2005; Keen & Ward, 2004).

### *Problèmes Associés*

Durant l'enfance, à un moment ou un autre, pratiquement tous les enfants autistes vivent de grandes difficultés liées à leur diagnostic. Par exemple, les caractéristiques spécifiques qu'ils présentent sur le plan des interactions sociales sont des obstacles importants à leur fonctionnement. Ces difficultés qui sont présentes au niveau des émotions, de l'attention, des activités et des pensées, entraînent souvent des troubles de comportement. Nommons par exemple, (a) une grande rigidité de la pensée et des comportements, (b) des crises de colère, (c) des rituels, (d) des compulsions, (e) des craintes particulières, (f) des difficultés de concentration, (g) de l'agitation motrice, (h) des comportements agressifs envers les autres et envers soi, (i) l'isolement social, et ainsi de suite.

Lorsque ces comportements problématiques perdurent, il est possible d'observer l'apparition de troubles de santé mentale comorbides à plus long terme. Parmi ces troubles, il est possible de retrouver des troubles de type intériorisés comme les troubles de l'humeur (le trouble dépressif majeur et le trouble bipolaire) et les troubles anxieux (la phobie spécifique, l'anxiété de séparation, la phobie sociale, le trouble d'anxiété généralisé et le trouble obsessionnel-compulsif) (Farrugia & Hudson, 2006; Leyfer et al., 2006). Farrugia et Hudson (2006) soulignent que, chez les enfants autistes, les troubles anxieux sont plus répandus que dans la population générale. Des troubles de types externalisés peuvent également être comorbides au trouble autistique. Parmi ceux-ci, les plus fréquents sont: (a) le trouble d'attention avec ou sans hyperactivité, (b) le trouble oppositionnel et (c) le trouble des conduites (Farrugia & Hudson, 2006; Leyfer et al., 2006). Selon Gabis, Pomeroy et Andriola (2005), 10% à 30% des enfants autistes souffrent d'épilepsie. Dumas (2003) mentionne que les enfants autistes ont aussi tendance à avoir des troubles alimentaires (sélectivité alimentaire et pica), de même que des troubles du sommeil. Sur le plan sensoriel,

la plupart des enfants autistes réagissent différemment à certaines stimulations de l'environnement (De Gangi, 2000). Ils peuvent par exemple être très sensibles aux bruits environnants ou aux stimuli visuels. Ces particularités sensorielles sont d'ailleurs souvent reliées à des troubles de comportement (De Gangi, 2000). Finalement, un retard de développement cognitif et/ou moteur est souvent observé chez ces enfants (Dumas, 2003).

### *Sélectivité alimentaire*

#### *Définition*

Les enfants sélectifs présentent, au plan alimentaire, une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: (a) choix d'aliments limités à 10-15 aliments ou moins, (b) refus d'un ou plusieurs groupes alimentaires, (c) anxiété et/ou crises lorsque de nouveaux aliments lui sont présentés (l'enfant peut s'étouffer ou être malade lorsque ces aliments lui sont offerts), (d) présence de «*food jags*», c'est-à-dire qu'un ou plusieurs aliments doit être présent à chaque repas, présenté exactement de la même façon, (e) présence d'un diagnostic de trouble envahissant du développement ou de retard intellectuel. Bref, c'est ainsi que les enfants sélectifs se distinguent des enfants qui sont difficiles dans leur alimentation ou qui s'alimentent normalement (Ernsperger et Stegen-Hanson, 2004).

#### *Prévalence*

Il n'existe présentement aucune étude présentant un taux de prévalence pour la sélectivité alimentaire, tant pour la population générale que pour la population autiste. Cependant, Toomey, Nyhoff et Lester (2007) mentionnent qu'aux États-Unis, 5,4% des enfants ont un poids en dessous du cinquième percentile. De plus, Kuhn et Matson (2004) mentionnent que les personnes ayant un déficit intellectuel sont plus souvent touchées par cette problématique que la population en général (un taux de 6 à 10% plus élevé chez les personnes présentant une déficience intellectuelle). À l'aide des résultats de Kuhn et Matson (2004), il est possible d'émettre comme hypothèse que, bien qu'il soit difficile d'avoir une idée précise de sa prévalence, la sélectivité alimentaire pourrait être plus élevée pour une population d'enfants autistes que pour une population d'enfants normatifs (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004).

### *Trajectoire développementale<sup>2</sup>*

La sélectivité alimentaire implique trois éléments qui interagissent entre eux: 1) les caractéristiques physiques et nutritionnelles de l'enfant, 2) l'interaction entre le parent et l'enfant, et 3) les comportements de l'enfant face à la nourriture (Secrist-Mertz, Brotherson,

---

<sup>2</sup> La chaîne développementale est illustrée en annexe II.

Oakland, & Litchfield, 1997). Les caractéristiques physiques et nutritionnelles sont en fait les habiletés physiques de l'enfant (Secrist-Mertz et al., 1997). Les enfants autistes ont souvent diverses difficultés sur le plan sensoriel, telles que l'hypersensibilité et l'hyposensibilité (De Gangi, 2000). Ces particularités diminuent les habiletés physiques de ces enfants car ils semblent trop (hypersensible) ou trop peu (hyposensible) sensibles aux diverses stimulations de l'environnement (De Gangi, 2000). Des problématiques de santé physique peuvent également influencer l'alimentation. Le reflux gastrique et la prise répétée de médicaments en sont de bons exemples (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004; Kuhn & Matson, 2004).

L'interaction entre le parent et l'enfant peut avoir un impact sur les comportements alimentaires de trois façons: 1) par le stress parental, 2) par une réponse adéquate ou non aux besoins de l'enfant et 3) par l'interprétation des comportements de l'enfant (Secrist-Mertz et al., 1997). Le stress des parents peut influencer l'anxiété de l'enfant face à l'alimentation. En effet, plus le parent démontre de l'anxiété face à la période des repas, plus l'enfant risque de percevoir cette situation comme anxiogène. La réponse adéquate aux besoins de l'enfant et une bonne interprétation de ses comportements peuvent mettre l'enfant en confiance face aux soins qu'il reçoit et face à son alimentation. Toutefois, comme les enfants autistes ont un déficit important sur le plan de la communication, il devient difficile pour les parents de comprendre les signaux de leur enfant et de répondre adéquatement à ses besoins (APA, 2004).

Finalement, Secrist-Mertz et al. (1997) mentionnent l'importance des comportements de l'enfant face à la nourriture lorsqu'il est question de sélectivité alimentaire. En effet, si l'enfant refuse de manger ou s'il a des préférences alimentaires très marquées, il est probable que l'apparition d'une problématique de sélectivité alimentaire soit en route. Pour un enfant autiste, ses intérêts restreints peuvent mener à l'acceptation d'une quantité très limitée d'aliments (APA, 2004). De plus, leur rigidité comportementale peut provoquer des situations où la routine devient extrêmement importante (Farrugia & Hudson, 2006; Leyfer et al., 2006). Cette rigidité peut conduire à des crises importantes lors des repas et rendre ces périodes très pénibles pour tous. Avec l'ajout des caractéristiques spécifiques à l'autisme, la sélectivité alimentaire devient encore plus complexe et le pronostic à moyen et long terme est modéré par cette problématique. À moyen terme, les enfants peuvent perdre du poids, avoir des problèmes de santé, développer des comportements problématiques lors des repas (crier, lancer de la nourriture, cracher, etc.) et voir diminuer leur répertoire alimentaire (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004; Toomey, Nyhoff & Lester, 2007). À plus long terme, l'enfant peut souffrir de malnutrition, être hospitalisé, perdre ses habiletés liées à l'alimentation et mourir de faim (Kuhn & Matson, 2004; Toomey, Nyhoff & Lester, 2007). Il

est donc important d'intervenir le plus rapidement possible et tenir compte de tous ces éléments. L'objectif principal doit viser l'élargissement du répertoire alimentaire de l'enfant.

#### *Revue des programmes d'intervention*

À la suite d'une revue exhaustive de la littérature concernant la sélectivité alimentaire, il est possible de constater qu'aucun des programmes recensés ne vise cette problématique chez les enfant autistes de façon spécifique. Les trois programmes présentés sont toutefois facilement adaptables à une population d'enfants autistes, moyennant quelques modification sur le plan de leur mise en œuvre.

#### *The S.O.S. approach to feeding*

Le programme mis au point par Toomey et al. (2007) est l'approche S.O.S (sequential-oral-sensory), vise les enfants âgés entre 18 mois et 6 ans, de même que leurs parents (Toomey, 2002). Il comprend trois volets: une thérapie alimentaire, des repas familiaux et un groupe de parents. Il s'étend sur une période de 12 sessions. Les objectifs du programme alimentaire pour les enfants sont: (a) avoir une expérience positive avec les aliments, (b) apprendre une routine de repas, (c) diminuer leur résistance à toucher, goûter et avaler les aliments, (d) augmenter le nombre d'aliments que l'enfant essaie, et (e) augmenter le volume d'aliments ingérés. La théorie qui soutien ce programme est d'abord décrite, suivie de la description des divers volets de l'intervention.

La théorie qui soutien cette approche est basée sur les quatre grands principes suivants qui ont été confirmés dans la littérature scientifique (Toomey, 2002). Premièrement, il existe dix mythes populaires à propos de l'alimentation (Tableau 1). Ces mythes influencent les parents et les intervenants dans leur façon de comprendre la problématique et d'intervenir avec celle-ci. Deuxièmement, selon la littérature, la désensibilisation systématique est la meilleure approche et la première approche à essayer. En effet, cette approche est reconnue pour être douce et elle n'a pas d'effets iatrogènes. C'est toutefois l'approche la plus lente à montrer des résultats. Troisièmement, il faut tendre vers le développement normal de l'alimentation. De cette façon, l'enfant peut apprendre ou réapprendre à contrôler les muscles nécessaires à l'alimentation. Finalement, la hiérarchie des aliments joue un rôle important dans le traitement de l'alimentation. La hiérarchie des aliments consiste à présenter des aliments ayant des propriétés semblables l'un après l'autre, ce qui facilite le passage entre chacun. Ce point sera expliqué plus en détails dans la description du programme.

Tableau 1: Dix mythes à propos de l'alimentation (Toomey, 2002)

#	Mythe	Réalité
1	Manger est la première priorité du corps.	La respiration et la protection du cerveau, donc la stabilité posturale sont plus importants.
2	Manger est instinctif.	C'est vrai seulement dans le premier mois de vie, jusqu'à 6 mois c'est un réflexe, après c'est un comportement appris.
3	Manger est facile.	Il s'agit de l'une des tâches les plus difficiles pour l'humain car tous les sens sont mis à contribution, de même que la plupart des muscles.
4	Manger se fait en deux étapes: s'asseoir et manger.	Cela se fait en 25 à 32 étapes, et il faut en ajouter 10 à 15 de plus pour un enfant autiste.
5	Il ne faut pas jouer avec les aliments.	Beaucoup d'apprentissages se font par le jeu, cela permet d'avoir une expérience positive et agréable avec les aliments et cela permet d'intégrer les informations sensorielles avant de mettre l'aliment dans la bouche.
6	Si un enfant a assez faim, il mangera et ne se laissera pas mourir de faim.	4% à 6% des enfants étant sélectifs dans leur alimentation se laissent mourir de faim chaque jour.
7	Un enfant a besoin de manger seulement trois fois par jour.	Il est recommandé qu'un enfant ait entre 4 et 6 repas par jour, incluant les collations.
8	Un enfant sélectif a soit un problème physique ou c'est un problème comportemental.	La théorie ne supporte pas ce mythe.
9	Certains aliments doivent être mangés à certaines heures de la journée et certains sont bons pour la santé.	Un aliment est juste un aliment, l'heure à laquelle nous mangeons certains aliments est culturel.
10	Lors des repas, les enfants ne doivent pas être entendus.	Les repas sont le meilleur moment pour apprendre les bons comportements d'alimentation.

Les auteurs mentionnent en outre les cinq grandes étapes de l'alimentation: (1) tolérer (être dans la même pièce, avoir l'aliment sur la table, avoir l'aliment directement devant l'enfant), (2) interagir (assiste à la préparation, utilise des ustensiles, des assiettes, des verres), (3) sentir (odeur dans la pièce, directement devant l'enfant, l'enfant le ramasse pour le sentir), (4) toucher (doigts, mains, épaules, coudes, poitrine, menton, joue, nez, lèvres, dents, langue), et (5) goûte (lèche, petite bouchée, mâche et recrache, mâche et avale). L'objectif principal de la thérapie proposée par Toomey (2002) est donc que l'enfant franchisse graduellement ces différentes étapes.

La thérapie comprend trois volets: la thérapie alimentaire, le repas familial et le groupe de parents (Toomey, 2002). Le premier volet de la thérapie est réalisé en quatre grandes étapes: (a) la préparation sensorielle, (b) la routine de départ, (c) l'alimentation et (d) la routine de nettoyage. La préparation sensorielle, qui vise à décentrer les enfants de leurs particularités sensorielles (travailler l'hyposensibilité ou l'hypersensibilité, en passant par les sept sens: toucher, vue, odorat, ouïe, goût, proprioceptif et vestibulaire), est effectuée en premier. Cette activité est suivie d'activités calmantes et de la transition à la cuisine. Une routine de départ est ensuite installée: les enfants s'assoient sur leur chaise et font des bulles, se lavent et se séchent les mains, reçoivent une assiette et une serviette de table. Les enfants se servent alors eux-mêmes les aliments. Débute ensuite l'étape de l'alimentation. Les aliments présentés doivent faire partie d'une hiérarchie alimentaire, ce qui signifie qu'ils doivent être semblables entre eux par leurs propriétés physiques (couleur, forme, texture, température, goût). Par exemple, il est possible de présenter une hiérarchie d'aliments comme celle-ci: des «*pringles*», un suçon jaune, une réglisse jaune, une réglisse orange, un morceau de papaye séchée, un jus orange. Les enfants avancent à leur rythme dans les différentes étapes de l'alimentation, c'est-à-dire tolérer, interagir, sentir, toucher, goûter et manger. Chaque fois qu'une étape est atteinte, les enfants sont renforcés positivement. Il est très important de ne pas forcer l'enfant à manger, afin de lui éviter un stress et une expérience négative avec les aliments. Finalement, la dernière étape est la routine de nettoyage. Le signal de fin est lancé; chaque enfant aide à jeter ses restes de nourriture et sa serviette de table, nettoie la table puis nettoie et sèche ses mains. Cette étape est faite en groupe, avec la collaboration des parents (Toomey, 2002).

Le second volet est la routine des repas familiaux (Toomey, 2002). Les parents donnent un avertissement verbal que le repas approche. Puis, ils commencent un échauffement sensoriel si cette étape est recommandée par le thérapeute. L'échauffement sensoriel consiste à désensibiliser les sens qui sont hypersensibles et éveiller ceux qui sont hyposensibles (tout comme lors de la préparation sensorielle du volet précédent). Par exemple, pour un enfant hypersensible au niveau du toucher de la bouche, on peut lui faire mâcher des objets ayant différentes textures. Ensuite, l'enfant fait une activité de transition afin de préparer la mise à table. L'enfant s'assied à la table et trois ou quatre aliments lui sont offerts. Il doit y avoir au moins un aliment que l'enfant aime parmi ceux-ci. De plus, il doit y avoir un féculent, une protéine, un fruit ou légume et un breuvage dans ce repas. Puis, tous, parents et enfants, doivent manger. Les adultes font alors le modelage du bon comportement. L'attention ne doit pas être centrée sur l'enfant afin d'éviter de lui mettre de la pression. Finalement, la sortie de table se fait avec une routine de nettoyage: jeter les restes de nourriture et nettoyer les mains (Toomey, 2002).

Le troisième volet, c'est-à-dire le groupe de parents, permet à ceux-ci de recevoir du matériel éducatif, d'observer les thérapies alimentaires que font les intervenants avec leur enfant et de résoudre les problèmes spécifiques qui se produisent à la maison. Les objectifs sont les suivants: (a) expliquer l'historique de leur enfant, (b) comprendre comment leur enfant apprend ou n'apprend pas à manger, (c) reconnaître comment ils ont pu contribuer au problème, (d) apprendre les étapes de l'alimentation, (e) comprendre l'utilisation des renforcements, (f) créer un programme alimentaire pour leur enfant à la maison, et (g) donner et recevoir du soutien des autres parents (Toomey, 2002).

Ce programme est intéressant et complet. Il tient compte de tous les éléments complexes de l'alimentation chez les enfants. De plus, cette approche est validée. En effet, Creech (2006, tiré de Toomey, Nyhoff & Lester, 2007) a montré que l'approche a mené à une augmentation significative des comportements positifs durant les repas, ainsi qu'à une augmentation significative des interactions avec les aliments. De plus, cette étude montre que les comportements négatifs durant les repas, les réponses sensorielles aversives et le refus des aliments ont diminués (Creech, 2006; tiré de Toomey, Nyhoff & Lester, 2007). Par contre, l'étude originale de Creech est pratiquement introuvable, alors il est difficile de déterminer si ces résultats sont issus d'une étude rigoureuse ou non. L'approche semble toutefois très prometteuse, d'autant que ce programme peut être adapté à une clientèle autiste. La structure des rencontres est alors plus visuelle et il y a quelques modifications dans l'application de la thérapie (par exemple, moins d'aliments présentés d'un seul coup).

#### *Eating & drinking difficulties in children*

L'approche de Winstock (2005) vise l'entraînement des intervenants, afin que ceux-ci soient sensibilisés à la sélectivité alimentaire et qu'ils en développent une bonne connaissance. Elle propose une série de six sessions se définissant comme suit: (a) ce que manger et boire implique pour différentes personnes, (b) enseigner ce qu'est le développement normal des habiletés de nutrition (boire et manger), (c) activité d'exercices pratiques, (d) les problèmes qui peuvent affecter la sécurité, la nutrition et l'hydratation, (e) la communication durant l'heure des repas et (f) la sécurité lors de la déglutition (Winstock, 2005).

Cette approche donne beaucoup d'informations sur les causes possibles de la sélectivité alimentaire et elle énumère de nombreuses stratégies pour combler ces difficultés. Il s'agit d'une alternative intéressante car elle offre la possibilité d'analyser les causes possibles et son application peut être très souple et adaptée à chaque individu. Cependant, il n'est pas facile de structurer l'intervention basée sur tous les éléments compris dans le

manuel. Bien que les informations procurées par le programme de Winstock (2005) soient très complètes et intéressantes, il est difficile de sélectionner des ingrédients actifs afin d'intervenir avec les enfants. Par surcroît, les interventions proposées sont surtout des interventions physiologiques. Il existe des éléments cognitivo-comportementaux importants qui ne sont pas couverts par ce programme. Soulignons de plus qu'il n'a pas été validé.

### *Just take a bite*

Le programme Just Take a Bite (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004) comprend une approche multi-niveaux et multi-sensorielle et requiert la participation des toutes les personnes impliquées auprès de l'enfant sélectif. Cette approche étant très individualisée, les objectifs spécifiques sont différents pour chaque enfant. Les buts généraux sont: (a) créer un environnement sécuritaire, positif et affectueux durant les périodes des repas, (b) donner des responsabilités à l'enfant dans la préparation, la consommation et le nettoyage durant les périodes de repas, (c) améliorer le développement oral-moteur de l'enfant, (d) répondre à tous les besoins physiques de l'enfant durant les repas, (e) procurer à l'enfant une exposition multi-sensorielle par rapport aux nouveaux aliments, (f) respecter la communication et les réponses de l'enfant en lien avec l'alimentation, et (g) augmenter le répertoire alimentaire de l'enfant et créer une diète équilibrée (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004).

Pour chacun des individus rencontrés, l'intervention vise systématiquement ces trois éléments importants: 1) Contrôle de l'environnement, 2) Développement gastro-intestinal, physique et oral-moteur, et 3) Étapes de développement sensoriel pour l'alimentation (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004). Ce plan de traitement est fait de manière souple et individualisé. Chaque individu entourant l'enfant doit cibler un objectif de travail pour chacun des éléments nommés précédemment. En premier lieu, le contrôle de l'environnement doit inclure l'horaire des repas et des collations, le choix d'un lieu approprié, créer un climat de soutien, choisir des repas et la taille des portions, ainsi que travailler à la disparition des «food jags». Les auteurs proposent des lignes directrices pour chacun de ces éléments (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004). En second lieu, le développement gastro-intestinal, physique et oral-moteur sont très importants à traiter. En effet, si ces fonctions du corps sont défectueuses, il est très difficile pour l'individu de se nourrir. Il est donc important de rendre confortable le travail gastro-intestinal, plus spécifiquement éviter qu'il y ait présence de reflux gastriques. Ensuite, afin de s'assurer le bon développement physique de l'enfant, il est important de s'assurer que sa posture corporelle soit adéquate, plus particulièrement lors des repas (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004). Puis, le travail oral-moteur doit viser à désensibiliser la bouche des enfants afin de faciliter l'introduction de différentes textures

dans leur alimentation. En dernier lieu, il existe plusieurs étapes de développement sensorielles pour l'alimentation: (1) l'acceptation, (2) le toucher, (3) l'odorat, (4) le goûter, et (5) l'ingestion de nouveaux aliments (Emsperger & Stegen-Hanson, 2004).

Cette intervention peut être utilisée pour des enfants de tous âges ayant une sélectivité alimentaire. Cependant, afin de rendre ce programme optimal, il importe de tenir compte de l'âge de l'enfant et de son niveau cognitif, de ses divers problèmes médicaux, de la qualité de la mise en œuvre lors de l'implantation du programme, de l'utilisation d'une équipe multidisciplinaire et du nombre d'opportunités offertes à l'enfant pour l'apprentissage et la découverte de nouveaux aliments (Ernsperger & Stegen-Hanson, 2004).

Ce programme couvre plusieurs aspects importants de l'alimentation et est assez souple pour s'adapter à de nombreuses clientèles. Par contre, ce programme n'a pas encore été validé.

#### **Pertinence de l'intervention**

Il a été mentionné précédemment que l'intervention devait se situer au niveau de trois sphères importantes: la relation parent/enfant, les caractéristiques physiques de l'enfant, ainsi que les comportements de l'enfant face à la nourriture. En ajoutant l'autisme à la problématique, ces sphères deviennent encore plus complexes. Pour l'intervention, au niveau de la relation parent/enfant, il est important d'informer le parent sur la problématique de son enfant (la sélectivité alimentaire et l'autisme) et de lui expliquer comment intervenir à ce sujet. Le travail avec les parents permet également la généralisation des acquis. Le programme proposé doit donc offrir une importante composante parentale, où l'on retrouve du transfert d'informations, l'occasion d'apprendre directement avec leur enfant et de discuter avec des intervenants et d'autres parents vivant les mêmes difficultés. Il apparaît également que, pour l'enfant autiste, ses caractéristiques physiques et ses comportements démontrent plusieurs besoins pour l'intervention. D'abord, ses besoins importants sur le plan sensoriel démontrent l'importance d'un volet de préparation sensorielle. Son besoin de structure et de routine demandent la mise en place d'une intervention structurée et la présence d'une routine. De cette façon, l'enfant aura plus de facilité à comprendre et intégrer les interventions. Puis, face à la rigidité de plusieurs de ces enfants, l'exposition est une intervention à privilégier afin de les aider à «apprivoiser» la nouveauté des aliments présentés.

La mission première de l'hôpital de jour est de faire diminuer les symptômes aggravants des enfants autistes. Comme plusieurs enfants fréquentent l'hôpital de jour en

raison de ce symptôme aggravant précis (la sélectivité alimentaire), cette intervention cible l'un des besoins importants du milieu. De plus, il s'agit de la première intervention à viser ce symptôme de façon spécifique.

### **Programme d'intervention**

Le programme d'intervention mis en oeuvre dans le cadre de ce projet de maîtrise est fortement inspiré de l'approche de Toomey et al. (2007): *The S.O.S. approach to feeding*. Les paragraphes suivants décrivent l'adaptation de ce programme à une clientèle autiste, selon les composantes du modèle de Gendreau.

#### *Sujets et animateurs*

Le recrutement des sujets est fait à l'hôpital de jour. Ce milieu reçoit des enfants âgés entre 2 et 7 ans, qui ont un diagnostic de trouble autistique et qui manifestent différents symptômes aggravants, dont la sélectivité alimentaire. Parmi cette clientèle, trois enfants sont sélectionnés. Leurs parents sont sollicités afin d'être impliqués activement dans le programme. Considérés comme des co-animateurs du programme, ils participent activement aux diverses activités proposées et doivent transférer une partie de l'intervention à la maison. Les activités du programme sont animées par une étudiante à la maîtrise en psychoéducation (Valérie Ross), ainsi qu'une ergothérapeute (Stéphanie Laporte-Proulx).

#### *Objectifs*

- ☺ Objectif général distal : Augmenter le répertoire alimentaire des enfants autistes ayant un problème de sélectivité alimentaire.
- ☺ Objectif général proximal : Rendre les expériences alimentaires positives pour les enfants autistes ayant un problème de sélectivité alimentaire.
- ☺ Objectifs spécifiques :
  - ✧ L'enfant progressera dans les étapes de l'alimentation (tolérer, interagir avec, sentir, toucher, goûter et manger).
  - ✧ L'enfant goûtera de nouveaux aliments.
  - ✧ L'enfant augmentera le volume d'aliments ingérés.
  - ✧ L'enfant augmentera le nombre de portions ingérées d'un groupe alimentaire qui est déficitaire.

### *Contenu du programme*

Le programme est divisé en deux volets : la thérapie alimentaire et les repas communautaires. La thérapie alimentaire se déroule en cinq étapes principales<sup>3</sup> : 1) désensibilisation vestibulaire, tactile et proprioceptive à l'aide de jeux moteurs et de massages, 2) désensibilisation buccale, en soufflant dans différents sifflets et en mâchant un «*chewy tube*», 3) routine de début de la thérapie, 4) distribution des aliments et jeux avec ceux-ci (cette étape est la principale de la thérapie), 5) routine de fin. Pour chacune des étapes, les intervenantes modèlent les comportements aux enfants. Lors de la quatrième étape, les enfants doivent mettre eux-mêmes les aliments dans leur assiette. S'ils refusent, les intervenantes le font à leur place. Puis, les intervenantes jouent avec leur aliment et les enfants sont amenés à les imiter. Lorsqu'un enfant refuse un aliment, il peut le mettre dans le plat «fini». Avec ces aliments, les enfants sont amenés à progresser dans la hiérarchie des comportements alimentaires (tolérer, interagir, sentir, toucher, goûter et manger). Les aliments sont choisis pour obéir à une hiérarchie alimentaire, c'est-à-dire qu'ils sont semblables de l'un à l'autre. Après trois séances où les mêmes aliments sont présentés, on ajoute ou on modifie un aliment dans la hiérarchie à chaque séance suivante.

Le second volet du programme, les repas communautaires, est une étape importante dans le processus de généralisation. Pour ces repas, les intervenantes (ou les familles) et les enfants doivent tous être assis à la table. Les différents plats du repas sont distribués à chacun et ils doivent mettre un peu de chaque aliment dans leur assiette. Cependant, les enfants ne sont pas obligés de manger tout ce qui se trouve dans leur assiette. On leur demande simplement de tolérer la présence des aliments «indésirables» dans leur assiette. Les adultes doivent modeler le bon comportement en mangeant un peu de tout. Il est important qu'il y ait au moins un aliment que l'enfant aime dans le repas communautaire. On s'assure ainsi que l'enfant se nourrit.

### *Contexte spatial*

Pour le premier volet du programme, toutes les interventions sont faites directement à l'hôpital de jour. Les jeux moteurs et les massages sont faits dans une grande salle appelée «salle de motricité». Cette salle contient des tapis, un grand miroir, un bac à balles et plusieurs structures permettant de développer la motricité globale. La thérapie alimentaire est animée dans la grande salle où ont lieu les périodes de jeux libres et les dîners. Il y a donc deux tables basses avec des petites chaises, ce qui permet aux enfants d'avoir une bonne posture pour manger. Cette salle possède également plusieurs jouets, mais ceux-ci

---

<sup>3</sup> Voir exemple de thérapie typique en annexe III.

ne sont pas à la portée des enfants. Finalement, les transitions à l'horaire sont faites dans le corridor entre la salle de motricité et la grande salle. Pour les repas communautaires, les interventions ont lieu à l'hôpital de jour et à la maison. À l'hôpital de jour, les repas sont pris dans la grande salle. À la maison, les repas communautaires sont pris dans la cuisine familiale.

#### *Contexte temporel*

Le programme d'intervention dure 8 semaines, à raison de deux rencontres par semaines. Les thérapies alimentaires durent environ une heure et 30 minutes, alors que les repas communautaires sont d'une durée de 30 à 45 minutes. Dans le cadre du programme, cinq rencontres sont prévues avec les parents. La première est une rencontre d'information avant le début des interventions avec les enfants. Par la suite, les parents sont invités à participer à la thérapie alimentaire à toutes les quatre rencontres (à la 4<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup>). Durant ces rencontres, ils sont invités à faire le massage à leur enfant et à l'aider à jouer avec les aliments. Puis, lorsque la thérapie est terminée, ils sont rencontrés en groupe avec les deux intervenantes, afin de répondre à leurs questions. Ces rencontres sont une occasion de les renseigner sur différents aspects de l'alimentation, tels que l'importance de la posture, l'impact de l'hypersensibilité et de l'hyposensibilité. Ensuite, des petits devoirs sont donnés aux parents, tels que filmer un repas communautaire à la maison et répondre à quelques questionnaires évaluant le niveau de base de leur enfant, ainsi que l'historique alimentaire complet de leur enfant (par exemple des questions sur l'allaitement et l'âge des premières difficultés rencontrées sur le plan de l'alimentation). Les rencontres de groupe constituent donc un bon moment pour revenir sur les questionnaires et les vidéos que les parents ont remis aux intervenants.

#### *Stratégies de gestion des apprentissages et des comportements*

Les moyens de mise en relation utilisés sont très nombreux. D'abord, les parents reçoivent une formation sous forme de présentation «*power point*», des questionnaires sur les habitudes alimentaires, des vidéos d'un repas à la maison, des rencontres de groupe d'informations et de discussions, des séances d'observations de thérapie faite avec leur enfant et une vidéo de ces séances, ainsi qu'un cahier d'informations regroupant les éléments les plus importants à retenir. En ce qui concerne les enfants, ils participent à des jeux moteurs, des jeux alimentaires et des routines, reçoivent des informations visuelles (horaire de transition et communication gestuelle) et verbales. Par la suite, afin de stimuler les comportements positifs des enfants, des stratégies de renforcements sont employées. L'utilisation de renforcements de nature sociale est privilégiée (par exemple, «bravo!», «champion!», donner un câlin, chatouiller, etc). Les comportements négatifs, tels que jeter

les aliments par terre ou les lancer en l'air, sont gérés par de l'accompagnement individuel de l'enfant. En fait, les intervenantes tentent de remplacer les mauvais comportements par des bons comportements, par exemple en aidant l'enfant à mettre l'aliment non désiré dans l'assiette «fini», plutôt que de le lancer.

#### *Système de responsabilités*

Les parents des participants ont plusieurs responsabilités importantes. Leurs responsabilités sont être présents, amener leur enfant aux thérapies, remplir les évaluations, filmer leur enfant lors d'un repas et mettre en place à la maison les conditions propices au repas communautaires, de même que les conseils qui leur sont proposés par les intervenantes. Les enfants ont eux aussi quelques petites responsabilités, comme de participer aux activités, mettre leurs déchets dans l'assiette fini, ranger leur vaisselle dans la pile prévue à cet effet et nettoyer leur table.

#### *Stratégie de transfert et généralisation et système de reconnaissance*

Les repas communautaires (le deuxième volet de l'intervention décrit précédemment) constituent un moyen très important de généralisation. En effet, non seulement ces repas sont une occasion de présenter les aliments rencontrés durant la thérapie alimentaire, mais ils sont également une occasion de reproduire les apprentissages à la maison. Afin de souligner les efforts de chacun, un petit certificat est remis aux parents et aux enfants à la dernière séance pour leur aide et leur participation.

### **Méthodes d'évaluation**

Afin d'évaluer l'efficacité et les effets du programme présenté dans la section précédente, il est important de faire une évaluation rigoureuse de la mise en œuvre. Pour ce faire, l'adhérence, l'exposition et le débordement doivent être des facteurs tenus en compte. De plus, il est essentiel qu'un devis expérimental optimal soit utilisé, ainsi que les meilleurs outils d'évaluation possibles.

#### *Évaluation de l'implantation*

##### *Adhérence*

L'évaluation de l'adhérence au programme consiste à s'assurer que le contenu du programme a bel et bien été livré par l'animateur, tant au plan de la quantité que de la qualité. Pour la quantité de contenu livré, l'étudiante à la maîtrise en psychoéducation (Valérie Ross) coche une grille aide-mémoire<sup>4</sup> afin de s'assurer que chacune des étapes du

---

<sup>4</sup> Voir la grille de la session 1 en annexe IV.

programme a été effectuée. En ce qui a trait à la qualité du contenu livré, les séances thérapeutiques sont filmées, puis analysées par l'étudiante à la maîtrise en psychoéducation (Valérie Ross). De plus, les cassettes sont visionnées par la psychoéducatrice (accompagnatrice de stage: Ghitza Thermidor) qui donne également du feedback sur la qualité de l'adhérence au programme. Le contenu de la grille<sup>5</sup> pour cette mesure a été approuvé par plusieurs professionnels du milieu.

#### *Exposition*

L'évaluation de l'exposition au programme consiste à s'assurer que le contenu du programme a été bien reçu en quantité et en qualité par les participants. D'abord, la quantité du programme reçue par le participant est mesurée par une liste de présence pour chacune des activités. Puis, pour la qualité de la participation, un questionnaire de satisfaction est rempli par les parents à la fin de l'intervention. De plus, en regardant les cassettes vidéo des thérapies, le taux moyen de participation des enfants est noté sur une échelle de type Likert. La validité de contenu de cette grille<sup>6</sup> a été approuvée par plusieurs professionnels du milieu.

#### *Débordement*

Afin d'être au courant des autres services que pourraient recevoir les participants, on demande au parent d'avertir les intervenants si d'autres interventions en lien avec l'alimentation ont lieu à l'extérieur de l'hôpital de jour (par exemple à la garderie ou au centre de réadaptation). Ces informations sont consignées par les intervenantes dans un journal de bord.

### *Évaluation des effets*

#### *Devis d'évaluation*

Le devis utilisé afin d'évaluer le programme d'intervention est un protocole à cas unique, de type ABA à changement de critères. Les critères utilisés sont différents pour chacun des enfants, afin que la progression soit adaptée à l'individu. Les critères qui marquent la progression de l'enfant sont les étapes acquises par les enfants pour les différents aliments. Des mesures répétitives et avec plusieurs instruments sont prises tout au long du programme.

---

<sup>5</sup> Voir la grille d'évaluation des animatrices en annexe V.

<sup>6</sup> Voir la grille d'évaluation des participants en annexe VI.

### *Instruments de mesure*

Étant donné que le devis d'évaluation est un protocole à cas unique, il est important d'avoir de nombreuses mesures. La progression est donc notée à chaque séance d'intervention. Chacun des quatre objectifs est mesuré à l'aide de deux instruments différents. Afin de mesurer le premier objectif spécifique (l'enfant montera dans les étapes de l'alimentation: tolérer, interagir avec, sentir, toucher, goûter et manger), une grille de la hiérarchie alimentaire est cotée<sup>7</sup>. Cette grille est largement utilisée par le programme de Toomey (2002), mais aucune de ses particularités psychométriques n'est démontrée. À l'aide de professionnels du milieu, la validité de contenu a été assurée. Cette grille étant en anglais, elle a été traduite par la psychoéducatrice du milieu (Ghitza Thermidor) et cette traduction a été révisée par l'étudiante de maîtrise. Cette grille est remplie à la fin de chaque séance de thérapie alimentaire et de chaque repas communautaire à l'hôpital de jour.

Pour le second objectif spécifique (l'enfant goûtera de nouveaux aliments), une grille sur la liste complète des aliments que mange l'enfant est remplie par les parents au pré-test et au post-test. Cette grille a été construite par une étudiante à la maîtrise en ergothérapie. Sa fidélité n'est pas établie, mais la validité de contenu a été vérifiée par plusieurs professionnels du milieu. Ensuite, les nouveaux aliments goûtés sont notés à l'aide des instruments utilisés pour le premier objectif spécifique.

En ce qui concerne le troisième objectif spécifique (l'enfant augmentera le volume d'aliment ingérés), des notes de ce qui a été mangé durant tous les repas communautaire (à l'hôpital de jour) sont prises. On note ce qui a été mangé, ce qui a été présenté et jusqu'à quelle étape alimentaire l'enfant s'est rendu avec chaque aliment. Une nutritionniste fait le visionnement des enregistrements vidéos tournés durant les dîners communautaires afin d'estimer la quantité (en grammes) de nourriture ingérée à chacun des repas. Les résultats des premiers repas communautaires sont comparés aux suivants, afin de vérifier s'il y a une progression dans la quantité d'aliments ingérés lors d'un repas.

Finalement, le dernier objectif spécifique (l'enfant augmentera le nombre de portions ingérées d'un groupe alimentaire qui est déficient) est mesuré à l'aide d'un relevé quotidien de l'alimentation de l'enfant au pré-test et au post-test. Ce relevé est rempli par les parents et tous les autres milieux recevant l'enfant pour un repas (par exemple la garderie ou l'hôpital de jour). Les résultats de ce relevé sont transposés sur une grille des portions recommandées par le guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007). Finalement, afin de

---

<sup>7</sup> Voir la grille de hiérarchie alimentaire en annexe VII.

mieux comprendre les raisons sous-jacentes à la problématique de sélectivité alimentaire, un questionnaire sur les habitudes alimentaires de l'enfant<sup>8</sup> est rempli par les parents. De plus, ils doivent filmer à la maison un repas familial, afin que les intervenantes puissent les aider à déterminer s'il y aurait des éléments à modifier dans l'environnement (par exemple, la chaise de l'enfant est trop basse, la télévision est allumée, etc.).

### **Mise en œuvre**

La section qui suit explore la mise en œuvre réalisée lors de l'implantation du programme d'intervention qui a été faite à la session d'automne 2007. Afin d'éviter la redondance, seuls les éléments de la mise en œuvre qui ne se sont pas déroulés tels que prévus initialement seront discutés plus en détails. Pour les détails sur les autres composantes, se référer à la section de présentation du programme. Les éléments d'évaluations de la mise en œuvre seront ensuite analysés et discutés un peu plus loin.

#### *Présentation de la mise en œuvre vécue selon le modèle de Gendreau*

Comme prévu lors de l'établissement du projet d'intervention, il y a trois participants, sélectionnés à l'hôpital de jour pour leurs symptômes de sélectivité alimentaire: Wellan, un garçon de 3 ans; Amayelle, une fille de 3 ans; et Lassa, un garçon de 3 ans<sup>9</sup>. Idéalement, il aurait fallu prendre des enfants ayant déjà une certaine expérience de l'hôpital de jour. En effet, ces jeunes n'avaient pas encore développé des moyens de communication fonctionnelle, tel que le geste «encore» ou «fini». De plus, ils ne connaissaient pas encore bien le fonctionnement de l'horaire visuel. Ces particularités peuvent avoir nui à l'intervention, mais l'adaptation s'est faite tout de même rapidement et en bout de ligne, les enfants ont acquis en bonne partie ce qui leur manquait. Les buts et objectifs sont demeurés les mêmes pour les trois enfants.

Une étudiante à la maîtrise en psychoéducation (Valérie Ross) et une ergothérapeute (Stéphanie Laporte-Proulx) ont animé le programme. Les animatrices ont respecté entièrement le contenu du programme, de même que le contexte spatial. Le contexte temporel a été respecté dans la mesure du possible. Les thérapies et les dîners ont duré le temps prévu. L'intervention a duré huit semaines, à raison de deux fois par semaine. Une des rencontres a toutefois été annulée en raison de l'absence des trois enfants causée par une tempête de neige.

---

<sup>8</sup> Voir le questionnaire sur les habitudes alimentaires en annexe VIII.

<sup>9</sup> Les noms utilisés sont fictifs à des fins de confidentialité.

Les stratégies de gestion des apprentissages (moyens de mise en relation) ont toutes été respectées telles que prévues. Malheureusement, la mère de Lassa n'a pas eu l'occasion de filmer un repas à domicile. Elle n'a donc pas reçu de feedback sur les points à améliorer dans l'environnement familial lors des repas, tels que la posture, le nombre d'éléments trop stimulants dans la pièce, etc. Par contre, elle les a bien décrit, ce qui a permis aux intervenantes de commenter brièvement cet aspect, de même que les points à travailler. La stratégie de gestion des comportements a été utilisée tel que prévu. Toutefois, un comportement perturbateur qui n'avait pas été prévu dans le plan initial est apparu. Les enfants faisaient tourner leurs assiettes sans arrêt. Pour gérer cette situation, les intervenantes ont décidé de retenir l'assiette chaque fois que ce comportement apparaissait.

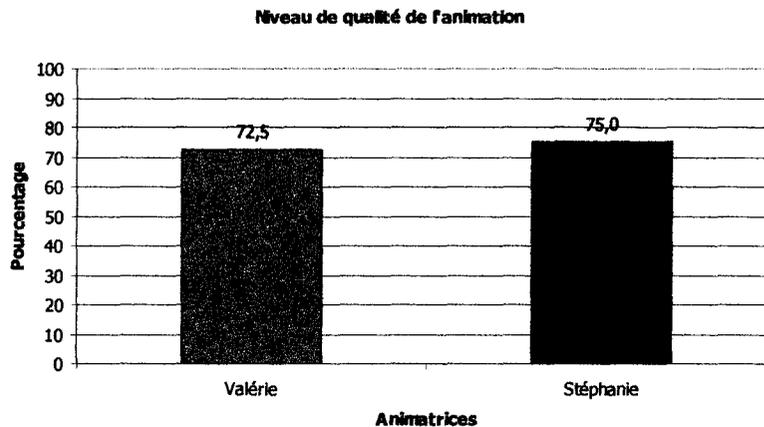
Pour les stratégies de transfert et de généralisation, les intervenantes ont effectué les dîners communautaires tels que prévu. Par contre, pour les parents, la mise en place des repas communautaires a parfois dû être modifiée en raison de leur réalité familiale. Par exemple, pour la mère d'Amayelle, il était impossible de réunir toute la famille pour les repas. Elle a donc décidé d'organiser un repas communautaire seulement pour ses deux enfants. Finalement, conformément au système de reconnaissance prévu, les parents et les enfants ayant participé au programme ont reçu un certificat soulignant leurs efforts.

### *Évaluation de la mise en œuvre*

#### *Adhérence*

L'adhérence au programme a été mesurée, tant en terme de quantité que de qualité. Afin de mesurer la quantité de programme reçu, une grille aide-mémoire a été remplie à la fin de chacune des séances. Au cours du programme complet, il n'y a qu'une seule séance où les cases de la grille n'ont pas toutes été cochées. Durant cette séance, le lavage et l'essuyage des mains ont été oubliés avant la séance et l'ordre de présentation de deux aliments a été inversé. Ces différences ne sont pas considérées comme significatives.

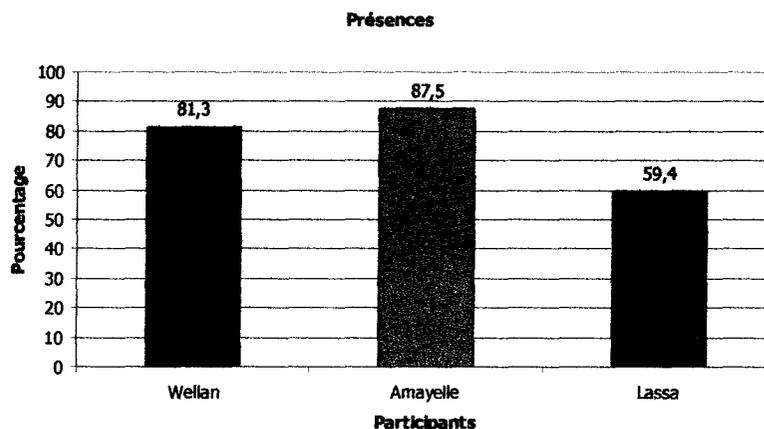
Par la suite, afin de mesurer la qualité du contenu reçu, les animatrices ont été évaluées selon une grille prévue à cet effet. Chaque séance était filmée et évaluée par l'étudiante à la maîtrise en psychoéducation (Valérie Ross) et son accompagnatrice de stage (Ghitza Thermidor, psychoéducatrice). Lorsque l'on regarde la figure 1, on constate que la qualité d'adhérence au programme est bonne. En effet, le taux de qualité de l'animation de l'ergothérapeute et de l'étudiante se situe entre 72,5% et 75,0%.



**Figure 1: Qualité de l'adhérence**

### *Exposition*

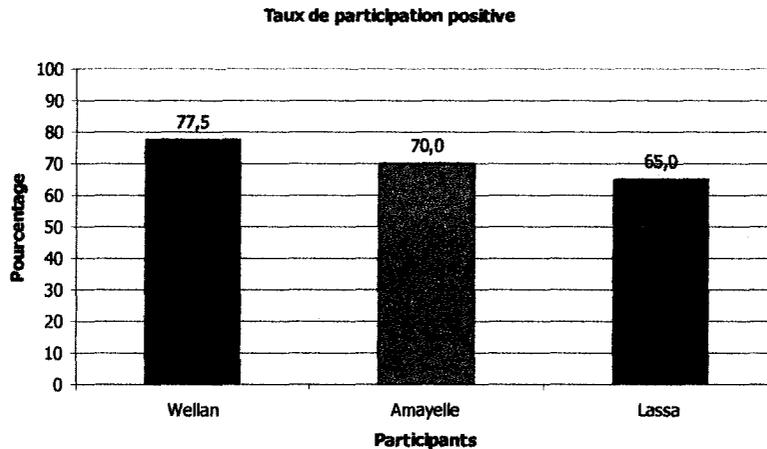
Encore ici, l'exposition se mesure en terme de quantité et de qualité reçue. Afin de mesurer la quantité reçue par le participant, une liste de présence a été remplie à chacune des séances. Comme l'illustre la figure 2, les enfants n'ont pas tous été exposés en même quantité. Un des trois enfants (Lassa) a raté près de 40% des séances. De plus, il y a eu quatre séances où les parents devaient être présents pour accompagner leur enfant et pour participer au groupe de parents. Sur ces quatre rencontres, Lassa et sa mère en ont manqué trois. La mère a donc manqué plusieurs informations importantes concernant la généralisation des acquis à la maison.



**Figure 2: Quantité d'exposition**

Par la suite, afin de mesurer la qualité d'exposition des participants, l'étudiante à la maîtrise en psychoéducation (Valérie Ross) et la psychoéducatrice (Ghitza Thermidor) ont visionné l'enregistrement de chacune des séances et ont coté une grille sur la qualité de la participation des enfants. Les résultats montrent que la qualité de l'exposition des enfants

varie entre 65,0% et 77,5% (Figure 3). Par la suite, la qualité de la participation des parents a été mesurée à l'aide d'un questionnaire de satisfaction. Le taux de satisfaction de deux parents sur trois est de 100%. La troisième mère n'a pas rempli le questionnaire ce qui rend impossible l'estimation de son taux de satisfaction.



**Figure 3: Qualité de l'exposition**

#### *Débordement*

Aucun débordement n'a été rapporté par les parents des trois enfants.

#### *Jugement global sur la conformité*

Sur la base des analyses effectuées, on peut conclure que la conformité globale du programme est relativement bonne. De façon globale, peu de composantes ont été modifiées par rapport à ce qui était planifié. La mise en place du programme par les animatrices a été faite de façon assez satisfaisante. Le taux de participation est bon pour deux enfants sur trois, alors que la qualité de la participation est bonne pour seulement un des trois enfants. Les deux autres semblent avoir été un peu moins réceptifs à l'intervention.

#### *Implications eu égard à l'évaluation des effets*

Le programme est relativement conforme à ce qui a été prévu au départ. Les impacts les plus importants en lien avec l'évaluation des effets sont dus à la quantité et la qualité de la participation des sujets et de leurs parents. Comme mentionné précédemment, la quantité de participation d'un des trois enfants est moins grande que celle des autres. En effet, Lassa et sa mère ont été absents à plusieurs reprises et ont donc manqué beaucoup de contenu. Il est donc probable que, lors de l'évaluation des effets, Lassa soit celui sur qui le programme a eu le moins d'impact. Ensuite, tel que la figure 3 l'a montré, la qualité de la participation de

deux enfants sur trois était plutôt moyenne. Il est donc probable que Wellan soit celui qui ait le plus évolué au cours du programme. En résumé, selon l'évaluation de la mise en œuvre faite précédemment, c'est Wellan qui devrait avoir les meilleurs résultats, alors que Lassa devrait avoir des résultats moins convaincants. Le système de généralisation est la composante, parmi celles qui n'ont pas été évaluées de façon systématique, qui a été la plus problématique sur le plan de la mise en œuvre. En effet, puisque les parents ont adapté le volet des repas communautaires à leur réalité familiale, il n'y a aucun moyen de déterminer si la généralisation est aussi efficace que s'ils avaient suivi le protocole à la lettre. En conclusion, la mise en œuvre de ce programme est satisfaisante, mais il est probable que certains des aspects qui ont été modifiés aient un impact sur l'évaluation des effets.

### **Évaluation des effets**

Rappelons que le devis d'évaluation utilisé afin de traiter les données recueillis est de type ABA à changement de critères. Le niveau de base de chaque enfant a été évalué par une grille de ce que l'enfant mange, une compilation de ce que l'enfant a mangé pendant cinq jours, ainsi qu'un questionnaire sur les habitudes et le passé alimentaires de l'enfant. De cette façon, un portrait global du répertoire alimentaire de l'enfant a pu être établi. À partir de ces informations, des critères de progression ont été établis selon le jugement clinique des animatrices.

Afin de mesurer les objectifs spécifiques du programme, plusieurs outils ont été utilisés. Tout d'abord, le premier objectif spécifique a été évalué à l'aide d'une grille de progression dans les étapes alimentaires à chaque séance de thérapie alimentaire et dîner communautaire. Pour faciliter la lecture des résultats, seule la progression des aliments qui sont nouveaux pour l'enfant et qui ont été présentés plus de trois fois lors de la thérapie alimentaire sera présentée. Le second objectif spécifique a été mesuré en comparant la grille de ce que l'enfant mange au pré-test et au post-test. Afin d'évaluer le troisième objectif, une nutritionniste a mesuré le nombre total de grammes ingérées par chaque enfant aux dîners communautaires. Finalement, le quatrième objectif est évalué en comparant la compilation de ce que l'enfant a mangé durant cinq jours au pré-test et au post-test. Pour l'analyse des résultats, les aliments ont été compilés selon leurs groupes alimentaires et le nombre de portions mangées par jour et une moyenne des cinq jours a été établie.

Résultats de l'objectif #1: L'enfant progressera dans les étapes de l'alimentation (tolérer, interagir, sentir, toucher, goûter et manger)

### Wellan

Le critère de départ de Wellan a été établi à la 18<sup>e</sup> étape (l'enfant touche l'aliment du bout de sa langue) en fonction des différentes grilles remplies par les parents et des observations des éducateurs du milieu. Comme le montre la figure 4, Wellan atteint ce critère pour tous les aliments. Puis, à partir du temps 4 (chaque temps signifie une séance), le critère établi devient la 20<sup>e</sup> étape (l'enfant appuie ses dents sur la nourriture/ronge la nourriture) et il atteint à nouveau le critère pour tous les aliments. Ensuite, à partir du temps 7, le critère établi devient la 22<sup>e</sup> étape (l'enfant prend une bouchée de l'aliment, le crache et/ou laisse écouler la salive) jusqu'au temps 10. Encore une fois, ce critère est atteint pour chaque aliment. Finalement, du temps 11 jusqu'à la fin, le critère établi est la 24<sup>e</sup> étape (l'enfant prend une bouchée de l'aliment, le mâche/manipule dans sa bouche et avale une partie). Ce critère est atteint pour tous les aliments.

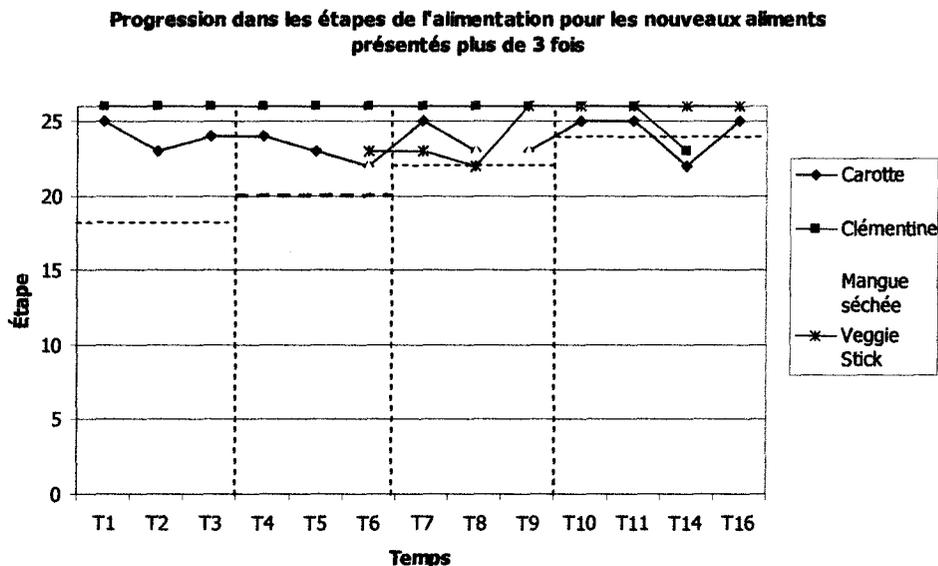


Figure 4: Scores de progression dans les étapes de l'alimentation (Wellan)

### Amayelle

Comme le montre la figure 5, la progression d'Amayelle est plutôt lente pour tous les aliments. Les critères ont donc été choisis pour suivre son rythme personnel. Pour Amayelle, le critère de départ a été établi à la 6<sup>e</sup> étape (l'enfant touche l'aliment avec un seul doigt). Au temps 6, tous les aliments ont atteint le premier critère. Ensuite, le critère augmente à la 7<sup>e</sup> étape (l'enfant touche l'aliment avec deux doigts ou plus), jusqu'au temps 11. À cette étape, tous les aliments ont atteint le critère. Finalement, le critère devient la 8<sup>e</sup> étape (l'enfant

touche l'aliment avec toute sa main) jusqu'à la fin. L'enfant n'a pas atteint le critère pour la pomme, la clémentine et le melon miel, mais il l'a atteint pour le *veggie stick*, la guimauve, le jujube et la carotte.

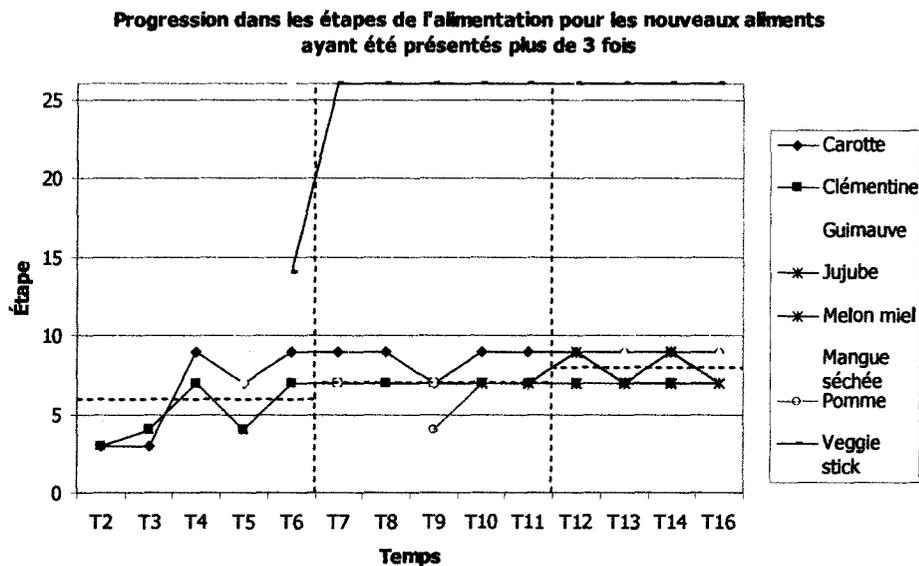
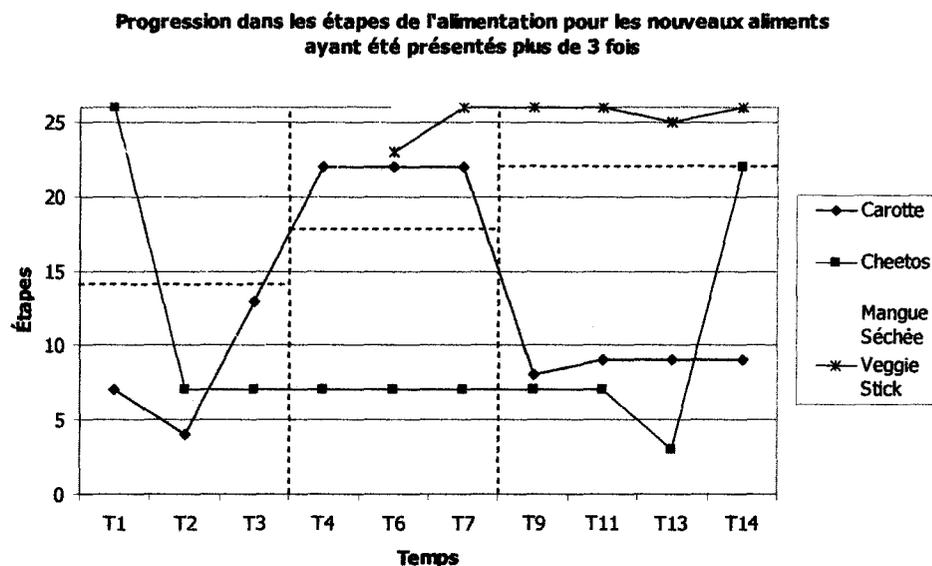


Figure 5: Scores de progression dans les étapes de l'alimentation (Amayelle)

### Lassa

Le critère de départ pour Lassa est la 14<sup>e</sup> étape (l'enfant touche l'aliment avec les lèvres). Tel qu'illustré à la figure 6, seule la mangue séchée a atteint le premier critère au moins deux fois. La carotte n'a pas atteint le critère, mais le *Cheetos* l'a atteint une fois. Au temps 4, le critère devient la 18<sup>e</sup> étape (l'enfant touche l'aliment du bout de sa langue), jusqu'au temps 7. Tous les aliments ont atteint le critère, excepté le *Cheetos*. Finalement, du temps 9 jusqu'à la fin, le critère établi est la 22<sup>e</sup> étape (l'enfant prend une bouchée de l'aliment, le crache et/ou laisse écouler la salive). Seul le *veggie stick* a atteint le critère. Par contre, le *Cheetos* l'a atteint une fois.



**Figure 6: Scores de progression dans les étapes de l'alimentation (Lassa)**

Bref, pour cet objectif, les trois enfants ont des résultats très différents. Ainsi, Wellan s'est rendu en moyenne plus loin que les deux autres enfants dans les étapes d'alimentation. De plus, Lassa a une variabilité (écart type) plus élevée que les autres dans son cheminement et il a rencontré des nouveaux aliments moins souvent. Le tableau 2 illustre bien la progression globale des sujets.

**Tableau 2: Nombre total de présentation de nouveaux aliments et moyenne (écart type) des étapes atteintes chez les trois sujets**

	Nombre total de fois où les nouveaux aliments sont présentés	Moyenne des étapes atteintes (Écart type)
Wellan	64	21,79 (1,98)
Amayelle	77	9,17 (2,72)
Lassa	48	15,33 (4,52)

*Résultats de l'objectif #2: L'enfant goûtera de nouveaux aliments*

L'atteinte de cet objectif a été fixée à une augmentation du nombre d'aliments acceptés post-test de 33,3%. Comme le montre le tableau 3, au moins deux enfants sur trois ont atteint le critère de base. Étant donné que la mère de Lassa n'a pas rempli la grille au post-test, il est impossible de faire une comparaison et de déterminer le nombre de nouveaux aliments qu'il mange à la suite de l'intervention.

Tableau 3: Taux d'augmentation du répertoire alimentaire pour les trois sujets

	Pré-test	Post-test	Écart	% d'augmentation
Wellan	52	73	21	40,3
Amayelle	34	47	13	38,2
Lassa	105	Nd*	Nd*	Nd*

\*Nd = Non disponible

### Résultats de l'objectif #3: L'enfant augmentera le volume d'aliments ingérés

#### Wellan

Pour Wellan, le volume d'aliments ingérés au cours des dîners communautaires tend à diminuer, tel que l'illustre la droite de régression linéaire de la figure 7. Par contre, c'est au début de l'intervention que l'on retrouve le score le plus faible.

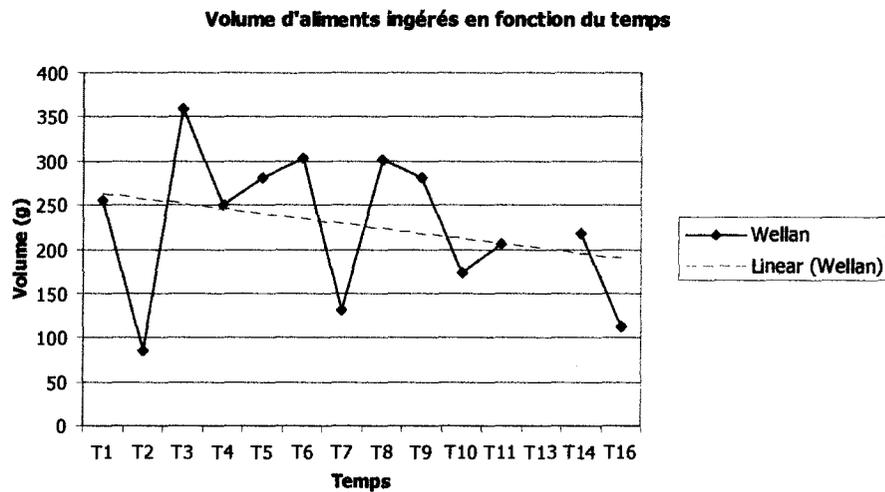
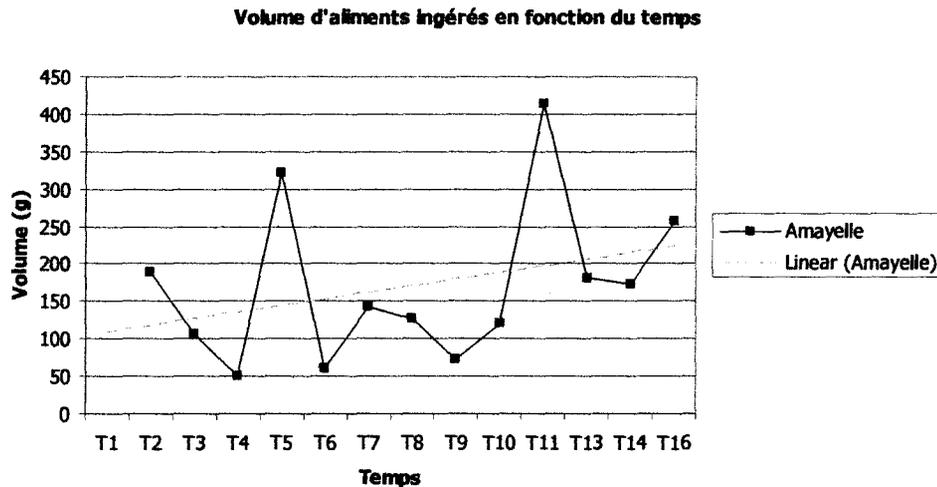


Figure 7: Volume d'aliments ingérés aux dîners communautaires (Wellan)

#### Amayelle

Comme le montre la droite de régression linéaire de la figure 8, le volume d'aliments ingérés par Amayelle tend, de façon générale, à augmenter. De plus, le plus faible volume ingéré se trouve en début d'intervention (temps 4), alors que le volume le plus élevé se retrouve vers la fin (temps 11).



**Figure 8: Volume d'aliments ingérés aux dîners communautaires (Amayelle)**

### Lassa

Étant donné que Lassa mange toujours le contenu entier de son assiette, la variabilité du nombre de grammes ingéré dépend davantage de la quantité qui a été mise dans sa boîte à lunch que de son appétit. Ses résultats concernant l'évolution du volume d'aliments ingérés ne sont donc pas pris en considération.

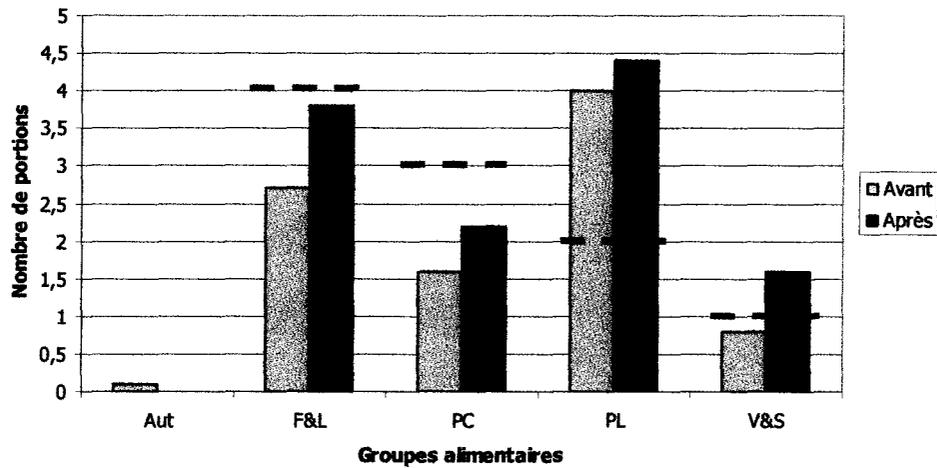
### *Résultats de l'objectif #4: L'enfant augmentera le nombre de portions ingérées d'un groupe alimentaire qui est déficitaire*

Pour un enfant de 3 ans (âge des trois enfants), les portions requises par le guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007) sont les suivantes: (a) fruits et légumes (F&L): 4, (b) produits céréaliers (PC): 3, (c) produits laitiers (PL): 2, (d) viandes et substituts (V&S): 1, et (e) autres aliments (Aut): aucune. Les portions requises sont illustrées dans les figures 9 et 10 par une ligne pointillée rouge.

### Wellan

Comme le montre la figure 9, le nombre de portions a augmenté dans chacun des groupes alimentaires, excepté celui des «autres aliments». De plus, le groupe V&S qui était déficitaire est maintenant satisfaisant. Pour les groupes PC et F&L, les portions sont toujours en deçà de ce qui est recommandé, mais elles ont augmenté.

**Nombre de portions de chaque groupe alimentaire mangées pendant 5 jours, au pré-test et au post-test**

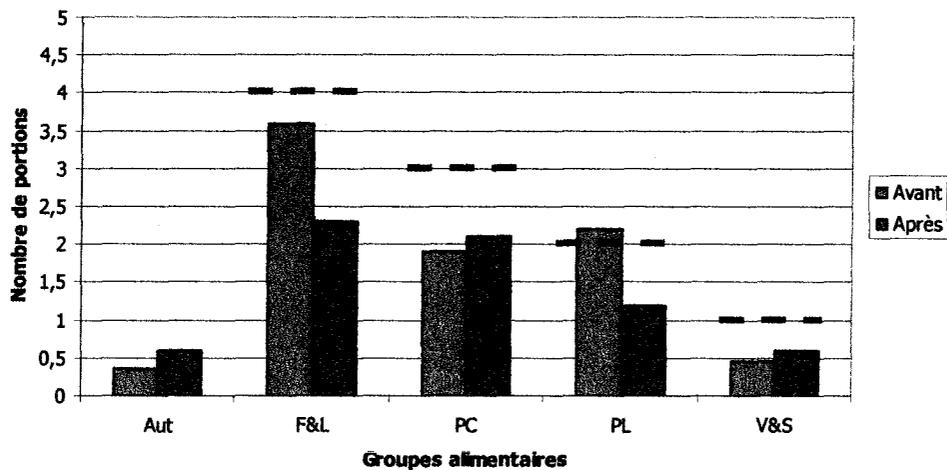


**Figure 9: Scores des portions des groupes alimentaires pré-test et post-test (Wellan)**

### Amayelle

Pour Amayelle, deux des groupes alimentaires (F&L et PL) ont diminué considérablement, alors que les trois autres (Aut, PC et V&S) ont augmenté faiblement (voir figure 10). Maintenant, tous les groupes alimentaires sont déficitaires, alors qu'au pré-test, les produits laitiers étaient satisfaisants.

**Nombre de portion de chaque groupe alimentaire mangés pendant 5 jours, au pré-test et au post-test**



**Figure 10: Scores des portions des groupes alimentaires pré-test et post-test (Amayelle)**

### Lassa

Comme la mère de Lassa n'a pas rempli les questionnaires au post-test, il est impossible de vérifier la présence ou non d'une progression des portions dans les divers groupes alimentaires dans le cas de cet enfant.

## Discussion

À la suite de la section précédente, il est pertinent de se questionner sur plusieurs aspects en lien avec les résultats présentés. La section suivante consiste donc à discuter de l'atteinte des divers objectifs, proximaux et distaux. Les résultats présentés sont mis en lien avec les diverses composantes de l'intervention. Ils sont également comparés avec quelques éléments du contexte théorique. Les avantages et limites du programme terminent la discussion.

### *Jugement sur l'atteinte des objectifs*

#### *Objectifs proximaux*

*Objectif spécifique 1: L'enfant progressera dans les étapes de l'alimentation (tolérer, interagir, sentir, toucher, goûter et manger).*

Pour Wellan, cet objectif est atteint. La figure 4 montre l'atteinte des critères de progression établis pour tous les aliments et à chacune des étapes prévues. De façon générale, Wellan progresse de façon positive et constante, c'est-à-dire que la variabilité des scores moyens est relativement faible. Amayelle atteint partiellement l'objectif prévu. En fait, sa progression respecte les deux premiers critères établis. Par contre, trois aliments sur sept n'atteignent pas le dernier critère prévu. Il est tout de même possible d'affirmer qu'Amayelle montre une progression dans les étapes de l'alimentation pour l'ensemble des aliments rencontrés. Pour Lassa, il est difficile de tirer une conclusion des résultats présentés. Bien que la majorité des aliments atteignent le second critère, la progression de cet enfant présente une telle variabilité qu'il est difficile de tirer des conclusions précises sur son évolution. Seul le *veggie stick* a progressé de façon constante.

*Objectif spécifique 2: L'enfant goûtera de nouveaux aliments.*

Pour Wellan et Amayelle, cet objectif est atteint. En effet, les deux enfants ont dépassé le critère d'évolution prévu de 33,3%. Amayelle a une augmentation de 38,2%, alors que Wellan a une augmentation de 40,3%. Par contre, pour Lassa, le manque d'informations empêche de tirer une conclusion certaine. Toutefois, dans les dîners communautaires et les thérapies alimentaires, il est noté que Lassa a mangé des aliments qu'il avait toujours refusé auparavant. Il est donc possible de penser que cet objectif est atteint de façon partielle.

*Objectif spécifique 3: L'enfant augmentera le volume d'aliments ingérés.*

Pour Amayelle, cet objectif est atteint. L'analyse graphique permet de constater que, de façon globale, le nombre de grammes ingérés par repas tend à augmenter. Par contre, non seulement l'objectif n'est pas atteint pour Wellan, mais il y a régression. Par contre, le nombre de grammes ingérés le plus bas se situe au début de l'intervention et non à la fin. Pour finir, il est difficile de savoir si cet objectif est atteint pour Lassa. Comme il mange presque la totalité du repas qui lui est présenté cet objectif perd de sa pertinence.

*Objectif spécifique 4: L'enfant augmentera le nombre de portions ingérées d'un groupe alimentaire qui est déficitaire.*

La figure 9 montre que Wellan a augmenté son nombre de portions ingérées pour tous les groupes alimentaires, sauf le groupe «autres aliments». Ce groupe n'est toutefois pas requis par le guide alimentaire canadien. De plus, un des groupes déficitaire (viandes et substituts) est suffisant au post-test. Wellan a donc atteint cet objectif. Tel que mentionné dans l'analyse des résultats, pour Amayelle il est difficile de déterminer une conclusion pour cet objectif. En fait, il s'est en outre produit l'effet inverse de celui souhaité pour la catégorie des fruits et légumes. De plus, les produits laitiers, autrefois adéquats, sont maintenant déficitaires. Malgré cela, nous avons en outre observé une augmentation du nombre de portions pour les viandes et substituts, ainsi que pour les produits céréaliers. Toutefois, les augmentations observées sont plus petites que les diminutions. Finalement, pour Lassa, l'absence de données post-test empêche la possibilité de tirer des conclusions.

*Jugement global sur l'atteinte des objectifs spécifiques.*

Pour terminer, le programme d'intervention a eu un certain impact sur les conduites alimentaires des trois enfants. En portant un regard sur la réussite de l'ensemble des objectifs spécifiques, il est évident que Wellan est celui qui a le plus profité de l'intervention. Il a progressé de façon constante devant la présentation des nouveaux aliments, il a goûté une grande quantité de nouveaux aliments et il a augmenté le nombre de portions ingérées pour tous les groupes alimentaires déficitaires. Le seul bémol se situe au niveau du nombre de grammes mangées durant les repas communautaires qui tendent à diminuer. Pour Amayelle, la progression a été moins rapide, mais tout de même présente avec un certain niveau de constance. Elle a goûté une grande quantité de nouveaux aliments et a augmenté le volume total de nourriture ingérée durant les repas communautaires. Par ailleurs, cette dernière amélioration est probablement celle qui a eu le plus d'impact à la maison car c'est celle-ci que les parents ont rapporté comme étant la plus significative. L'objectif d'augmenter le nombre de portions d'un groupe alimentaire déficitaire est le moins bien réussi pour cette

enfant. Pour finir, Lassa est l'enfant dont la progression est la moins constante. Ses progrès sont difficiles à évaluer. De plus, pour cet enfant, le troisième objectif (augmentation du volume d'aliments ingéré) était en quelque sorte inapproprié dans la mesure où il mangeait toujours le contenu entier de son repas. En somme, pour les autres objectifs, le manque de données post-test ne permet pas de déterminer s'ils ont été atteints ou non. Seule une impression clinique peut être envisagée. Selon l'avis de l'étudiante à la maîtrise en psychoéducation (Valérie Ross) et de l'ergothérapeute (Stéphanie Laporte-Proulx), Lassa a fait des progrès car il a goûté de nouveaux aliments, mais il ne semble pas avoir augmenté ses portions déficitaires dans les différents groupes alimentaires.

#### *Objectif distal*

*Augmenter le répertoire alimentaire des enfants autistes ayant un problème de sélectivité alimentaire.*

L'objectif distal du programme consistait à varier l'alimentation de l'enfant. Dans le cas de deux enfants, compte tenu de l'augmentation du nombre d'aliments dans leur répertoire alimentaire, on peut conclure qu'ils ont augmenté leur répertoire alimentaire. Pour le troisième enfant, il est impossible de conclure quoi que ce soit concernant l'objectif général distal, surtout en considérant le manque important d'informations au post-test pour cet enfant.

#### *Liens entre les résultats et les composantes de l'intervention*

##### *Sujets*

La sélection des sujets a été faite à un moment de l'année où il y a beaucoup de roulement à l'hôpital de jour ce qui a compliqué le recrutement. En effet, il a été nécessaire de sélectionner trois enfants qui venaient tout juste d'arriver dans le milieu et qui n'avaient pas les acquis nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital. De plus, un des trois enfants avait une faible sélectivité alimentaire et dans un autre contexte, il n'aurait pas été choisi pour faire partie du programme. Cela explique probablement le manque de motivation du parent à participer.

##### *Exposition*

Un des éléments qui a probablement eu le plus d'impact concerne la quantité d'exposition au programme pour un enfant et sa mère. Lassa a manqué environ 40% des rencontres et sa mère en a manqué 60%. Il est évident que cette famille a donc reçu moins de contenu que les deux autres, ce qui pourrait expliquer le manque de constance dans la progression de cet enfant. De plus, le manque d'informations post-test pour cet enfant est probablement une indication du manque de motivation de la part de la mère. En effet, les

questionnaires lui ont été envoyés à deux reprises et plusieurs appels téléphoniques ont été faits concernant ces informations manquantes. Bien qu'il serait intéressant de se demander comment il aurait été possible de motiver cette mère davantage à s'impliquer dans le programme, il est important de souligner que Lassa est l'enfant dont l'alimentation était la moins problématique au départ. Il est donc possible que la mère ait trouvé cette intervention inutile pour son enfant.

#### *Contenu du programme*

Le contenu du programme a eu un impact sur les résultats. Il est important de préciser que chacun des volets de l'intervention a son importance et qu'aucun ne pourrait être enlevé. L'approche sensorielle a permis aux enfants d'explorer les aliments et de manger. La thérapie alimentaire a permis aux enfants de découvrir des aliments à l'extérieur du contexte des repas, ce qui est moins menaçant et permet une exploration plus en douceur. Le volet des repas communautaires a permis aux enfants de rencontrer des menus auxquels ils ne sont pas habitués à la maison, donc à augmenter leur exposition aux aliments nouveaux. Le volet familial est un élément primordial de l'intervention. Il permet une évolution plus stable et constante de l'enfant, due à la généralisation à la maison des interventions d'exposition à des aliments variés.

#### *Liens entre les résultats et le contexte théorique*

L'adaptation des programmes d'intervention pour la sélectivité alimentaire à une clientèle d'enfants ayant un trouble autistique n'est pas très développée dans la littérature. En fait, l'autisme vient aggraver la problématique de sélectivité alimentaire et la rend plus difficile à traiter. Par ailleurs, les résultats obtenus des analyses précédentes permettent de confirmer que la progression pour ces enfants est beaucoup plus lente que pour une population d'enfants neurotypiques. Selon l'expérience clinique vécue, la rigidité comportementale de certains enfants TED a un impact important sur l'intensité de la sélectivité alimentaire rencontrée. Cette rigidité, causée par un déficit au niveau des fonctions exécutives (Mineau, Duquette, Elkouby, Jacques, Ménard, Nérette et al., 2008), empêche l'enfant de tenter de nouvelles expériences alimentaires de façon spontanée. De plus, les enfants autistes ont besoin de structure et de routine pour réussir à faire de nouveaux apprentissages. La structure proposée par le programme répond donc à ce besoin. Sur la base des résultats obtenus, on peut considérer que le programme proposé par Toomey (2002) est très pertinent dans le traitement de la sélectivité alimentaire chez les enfants autistes.

Par la suite, tel que mentionné dans la littérature, les particularités sensorielles des enfants ayant un TED ont un impact sur leur alimentation. En effet, selon l'expérience clinique, le volet sensoriel a un impact significatif sur la participation des enfants au volet alimentaire. Sans ce premier volet, les enfants sont plus dissipés, leur progression dans les étapes de l'alimentation diminue et ils deviennent plus agités. Par exemple, lors d'une des séances, Lassa est arrivé en retard, manquant ainsi la partie sensorielle de l'intervention. Cette rencontre a été la plus difficile pour lui. Il a refusé presque tous les aliments présentés et démontrait de l'agitation motrice importante, ce qui n'était pas présent aux autres rencontres. De plus, ses moments d'autostimulation étaient plus nombreux, ce qui diminuait grandement la qualité de sa participation. Toutefois, ce retard ne s'est produit qu'une fois, il est donc difficile de généraliser à partir de ce seul exemple. L'agitation motrice et l'autostimulation pourraient être également dues à un événement tout autre.

Finalement, les observations cliniques appuient la littérature au sujet de l'impact de l'interaction parent-enfant sur le développement et le maintien de la sélectivité alimentaire. En effet, l'anxiété de certains parents peut rendre l'expérience alimentaire stressante pour leur enfant. Par exemple, la mère de Wellan, ayant peur que son enfant ne s'étouffe avec des morceaux, l'exposait presque uniquement aux purées. Dans cet exemple, non seulement la mère a pu transmettre son inquiétude à l'enfant face à l'alimentation, mais elle empêchait l'enfant de progresser vers une alimentation en morceaux (vs la purée) en évitant de l'y exposer régulièrement. Puis, comme en témoignent les résultats présentés plus haut, Wellan est l'enfant qui a le plus progressé dans les étapes de l'alimentation. L'exposition aux aliments et le soutien d'un adulte ayant une attitude positive face à l'alimentation lui ont permis de faire de nouvelles expériences. Son répertoire alimentaire inclut maintenant des repas solides plutôt qu'en purée. Par ailleurs, Wellan est un enfant qui imite beaucoup les comportements de l'adulte, ce qui n'est pas typique des enfants autistes. Cette caractéristique d'imitation a influencé grandement sa progression et sa participation durant les thérapies alimentaires. C'est une caractéristique personnelle qui a une incidence significative sur le traitement et qui mérite d'être soulignée dans la littérature.

#### *Avantages et limites de l'intervention*

##### *Avantages*

Ce programme d'intervention possède plusieurs avantages intéressants. Tout d'abord, il ne provoque pas d'effets iatrogènes chez les enfants étant donné l'approche tout en douceur qui est proposée. Les enfants peuvent vivre une expérience positive avec les aliments. En fait, pour plusieurs de ces enfants, les repas sont des expériences pénibles. Cette intervention permet d'éliminer le facteur stress pour les enfants, ce qui les rend plus

calmes et plus réceptifs à se nourrir. D'ailleurs, l'utilisation des jeux avec les aliments permet vraiment une approche différente et moins menaçante pour l'enfant.

L'utilisation de l'expertise d'une ergothérapeute pour travailler sur le plan des particularités sensorielles des enfants, ainsi que dans tout ce qui a trait à la posture et aux fonctions motrices, fut un élément essentiel à une meilleure compréhension des enfants, donc à une intervention plus spécifique.

Une autre force de ce programme est l'intégration des parents à l'intervention. En effet, la participation des parents permet à l'enfant de généraliser ses acquis à la maison. De plus, cela permet aux intervenants de modeler certains comportements aux parents. Par exemple, par leur calme et leur attitude positive, les intervenants montrent aux parents que l'utilisation d'une bonne attitude peut faire une différence dans la diminution de la sélectivité alimentaire de leur enfant.

#### *Limites*

Une des grandes limites de ce programme se situe sur le plan du devis d'évaluation utilisé qui nous permet difficilement de conclure que les effets observés sont dus à l'intervention. En effet, les critères étant basés sur un jugement clinique, il est facile de remettre en question leur pertinence. Dans le même contexte, si ce projet était à refaire, le protocole à cas unique à niveaux de base multiples selon le contexte serait à privilégier. Pour ce faire, le contexte qui change serait la hiérarchie alimentaire présentée. Par exemple, la hiérarchie de base utilisée était composée de plusieurs aliments oranges, mais il aurait été possible d'utiliser d'autres couleurs de hiérarchies. Par contre, ce devis impliquerait un biais d'exposition aux aliments pour les périodes de mesure. Il serait donc encore plus intéressant de refaire cette expérience avec un groupe témoin et, si possible, de faire un pairage entre les enfants des deux groupes selon leurs caractéristiques qui ont une influence sur le développement et le maintien de la sélectivité alimentaire (capacité d'imitation, particularités sensorielle, rigidité comportementale, rythme d'apprentissage, etc.).

Une seconde limite importante du programme est la durée de l'intervention. En effet, pour obtenir des résultats plus significatifs, il aurait fallu augmenter la durée de l'intervention. Si le projet était à refaire, le nombre de séances serait doublée. Au lieu d'être d'une durée de deux séances par semaines pendant huit semaines (16 séances), il devrait y avoir au moins 16 semaines d'interventions, toujours à raison de deux séances par semaine.

Dans un souci de généralisation plus rigoureuse, il aurait été pertinent d'inclure une ou deux rencontres à domicile, afin d'aider concrètement le parent à mettre en place les recommandations suggérées. De plus, il aurait été intéressant qu'il y ait un système de transmission des informations de façon systématique aux parents. Par exemple, les animatrices du programme auraient pu faire un petit compte rendu de la thérapie alimentaire et du dîner communautaire par le biais du cahier de communication déjà utilisé dans le cadre de l'hôpital de jour. Ainsi, ils auraient pu être au courant plus rapidement de la progression de leur enfant et généraliser à la maison de façon plus efficace.

Au niveau des stratégies de gestion des apprentissages, quelques outils supplémentaires auraient pu être utilisés afin d'optimiser l'intervention et de faciliter les apprentissages et les transitions pour les enfants. Par exemple, l'utilisation de pictogrammes pour illustrer la chaîne alimentaire aurait permis aux enfants de se situer dans le début et la fin de l'intervention, ainsi que dans la structure de l'activité.

Finalement, il est important de rappeler que l'enfant ayant visiblement le plus bénéficié de l'intervention est Wellan, un enfant qui possède une très bonne capacité d'imitation, ce qui n'est pas commun chez les enfants autistes. Il serait donc intéressant de trouver des moyens alternatifs que le modelage comme type d'intervention en complément avec ce qui est déjà en place. Par exemple, l'utilisation de stratégies comportementales, telles que le renforcement positif, en négociant une bouchée d'un aliment non aimé contre un aliment aimé. Il serait donc intéressant de voir comment l'ajout de ce type de composante pourrait avoir un effet sur une clientèle autiste.

### **Conclusion**

Lorsque l'autisme et la sélectivité alimentaire sont comorbides, le traitement alimentaire devient plus complexe. La littérature sur la sélectivité alimentaire est bien documentée et les programmes d'intervention proposés sont intéressants. Ils touchent des points essentiels au traitement de la sélectivité chez l'enfant autiste à l'égard de la chaîne développementale. Toutefois, l'adaptation des moyens concrets d'interventions à une clientèle autiste pour ces programmes est un défi intéressant. D'ailleurs, tel que mentionné précédemment, il serait pertinent de vérifier si ces types d'intervention sont plus efficaces avec des enfants qui ont une bonne capacité d'imitation. Il serait également pertinent que davantage de recherches se penchent sur le sujet de la sélectivité alimentaire en autisme car cette comorbidité est très commune.

L'intervention proposée dans le cadre de ce projet touche de façon pertinente les éléments clés qui influencent la sélectivité alimentaire, c'est-à-dire la relation parent/enfant, les caractéristiques physiques de l'enfant et les comportements de l'enfant face à la nourriture (Secrist-Mertz et al., 1997). Chacune des composantes du programme est pertinente et se justifie aisément, tant au niveau clinique que dans la littérature. L'approche est multidimensionnelle et permet une meilleure compréhension de l'alimentation, c'est-à-dire de détruire certains mythes, ainsi que de voir toutes les causes possibles à un refus de manger de la part de l'enfant (par exemple, ce peut être une cause physique et pas nécessairement un caprice, ou pour un enfant autiste, ce peut être dû à une rigidité face à la nouveauté).

Les résultats présentés dans cette étude, bien que limités, sont prometteurs. Il est bien évident que d'autres études sont nécessaires afin de vérifier l'efficacité du programme de Toomey (2002) avec une clientèle d'enfants autistes. Un échantillon plus grand est requis, de même qu'un devis expérimental plus rigoureux. Par exemple, il serait intéressant de faire une étude avec un groupe expérimental avec l'intervention complète, un groupe expérimental avec seulement l'intervention alimentaire sans la préparation sensorielle, ainsi qu'un groupe de contrôle.

Bref, la sélectivité alimentaire, lorsqu'elle est déjà présente chez un enfant autiste ne peut que s'aggraver au fil du temps si aucune intervention n'est effectuée. Il importe aux parents et aux intervenants d'avoir une vue d'ensemble des problèmes avant de débiter une thérapie. L'utilisation du programme de Toomey (2002) est un traitement intéressant et prometteur: c'est une approche douce et centrée sur le rythme de l'enfant. Cela vaut donc la peine de l'essayer. En effet, bien qu'il soit possible de perdre beaucoup de temps si l'intervention ne fonctionne pas avec un enfant, cette intervention ne permet pas d'effets iatrogènes.

### Références

- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-TR: Critères diagnostiques (Washington DC: American Psychiatric Association, 2000)*. Masson, Paris.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1133-1141.
- Davison, G.C., Neale, J.M., Blankstein, K.R., & Flett, G. (2002). Disorders of childhood: Autistic disorder (Édition canadienne). *Abnormal psychology* (pp.526-533). Toronto: John Wiley & Sons.
- De Gangi, G. (2000). *Pediatric disorders of regulation in affect and behavior, a therapist's guide to assessment and treatment*. San Diego: Academic press.
- Dumas, J.E. (2003). L'autisme et autres troubles envahissants du développement (2<sup>e</sup> éd). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp.63-98). Bruxelles: De Boeck Université.
- Emsperger, L., & Stegen-Hanson, T. (2004). *Just take a bite: Easy, effective answers to food aversions and eating challenges*. Arlington, Texas: Future Horizons.
- Farrugia, S., & Hudson, J. (2006). Anxiety in adolescents with Asperger syndrome: Negative thoughts, behavioral problems and life interference. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21 (1), 25-35.
- Gabis, L., Pomeroy, J., & Andriola, M.R. (2005). Autism and epilepsy: Cause, consequences, comorbidity, or coincidence? *Epilepsy & Behavior*, 7, 652-656.
- Honda, H., Shimizu, Y., Imai, M., & Nitto, Y. (2005). Cumulative incidence of childhood autism: A total population study of better accuracy and precision. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 10-18.
- Keen, D., & Ward, S. (2004). Autistic spectrum disorder: A child population profile. *Autism*, 8 (1), 39-48.

- Koegel, R.L., Koegel, L.K., Frea, W.D., & Smith, A.E. (1995). Emerging interventions for children with autism: Longitudinal and lifestyle implications. In R.L. Koegel, & L.K. Koegel (Eds.). *Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities* (pp.1-16). Baltimore: Brookes Publishing.
- Kuhn, D.E., & Matson, J.L. (2004). Assessment of feeding and mealtime behavior problems in persons with mental retardation. *Behavior Modification, 28* (5), 638-648.
- Lauritsen, M.B., Pedersen, C.B., & Mortensen, P.B. (2005). Effects of familial risk factors and place of birth on the risk of autism: A nationwide register-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46* (9), 963-971.
- Leyfer, O.T., Folstein, S.E., Bacalman, S., Davis, N.O., Dinh, E., Morgan, J., et al. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*, 849-861.
- Mineau, S., Duquette, A., Elkouby, K., Jacques, C., Ménard, A., N  rette, P. A., et al. (2008). *Troubles envahissants du développement : guide de stratégies psychoéducatives : enfants verbaux*.   ditions du CHU Sainte-Justine.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993). *CIM-10: Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (10<sup>e</sup> révision)*. Masson, Paris.
- Santé Canada (9 avril 2007). *Le guide alimentaire canadien*. Récupéré le 9 avril 2007 sur l'adresse suivante: [www.canadiensensante.ca](http://www.canadiensensante.ca)
- Secrist-Mertz, C., Brotherson, M.J., Oakland, M.J., & Litchfield, R. (1997). Helping families meet the nutritional needs of children with disabilities: An integrated model. *Children's Health Care, 26* (3), 151-168.
- Toomey, K. (2002). *When children won't eat: The SOS approach to feeding*. Denver, Colorado: Toomey & Associates.
- Toomey, K., Nyhoff, A., & Lester, A. (2007). *Picky eaters vs. problem feeders: The SOS approach to feeding*. Massachusetts: Education Ressources.

Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and developmental disabilities research reviews*, 8, 151-161.

Winstock, A. (2005). *Eating and drinking difficulties in children: A guide for practitioners*. Bicester, UK: Speechmark.

## Annexe I

### 1. Critères diagnostiques du F84.0 [299.00] Trouble autistique (DSM-IV)

A. Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2) et (3), dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3) :

(1) Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :

- (a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes
- (b) incapacité à établir des relations avec les pairs, correspondant au niveau du développement
- (c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p. ex. : il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent)
- (d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

(2) Altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

- (a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique)
- (b) chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui
- (c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou langage idiosyncrasique
- (d) absence d'un jeu de faire semblant varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement

(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

- (a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation
- (b) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels
- (c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p. ex. : battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)
- (d) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants :

- (1) Interactions sociales
- (2) Langage nécessaire à la communication sociale
- (3) Jeu symbolique ou d'imagination

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic du Syndrome de Rett

### F 84.0 AUTISME INFANTILE (CIM-10)

Trouble envahissant du développement, caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifeste avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication, comportement (au caractère restreint et répétitif). Le trouble survient trois à quatre fois plus souvent chez les garçons que chez les filles.

Directives pour le diagnostic :

Habituellement, il n'y a pas de période initiale de développement tout à fait normal ; si tel était le cas ,

la période de normalité ne dépasse pas l'âge de trois ans. Il existe toujours des altérations qualitatives des interactions sociales. Celles-ci se traduisent par une appréciation inadéquate des signaux sociaux ou émotionnels, comme en témoignent : l'absence de réaction aux émotions d'autrui ; le manque d'adaptation du comportement à contexte social ; la faible utilisation des messages sociaux ; la faible intégration des comportements de communication, sociaux et émotionnels ; et, surtout, le manque de réciprocité sociale et émotionnelle. Il existe également toujours des altérations qualitatives de la communication. Celles-ci se traduisent par : un défaut d'utilisation sociale des acquisitions langagières, quel que soit leur niveau ; des anomalies dans le domaine du jeu de " faire semblant " ou du jeu d'imitation sociale ; une faible synchronisation et un manque de réciprocité dans les échanges conversationnels ; un manque de souplesse dans l'expression verbale et un relatif manque de créativité et de fantaisie dans le processus de pensée ; un manque de réaction émotionnelle aux sollicitations verbales et non verbales d'autres personnes ; une utilisation déficiente des variations de rythme et d'accentuation pour traduire les modulations de la communication ; un manque de gestes d'accompagnement pour accentuer et faciliter la compréhension de la communication parlée.

Le trouble se caractérise enfin par l'aspect restreint, répétitif et stéréotypé du comportement, des intérêts et des activités, comme en témoignent : une tendance à rigidifier et à ritualiser de nombreux aspects du fonctionnement quotidien (concernant habituellement aussi bien les activités nouvelles que les activités routinières et les jeux familiers) ; un attachement spécifique, surtout chez le petit enfant, à des objets insolites, typiquement de consistance dure ; une insistance pour effectuer certaines activités routinières selon des rituels n'ayant pas de caractère fonctionnel (impliquant, par exemple, des préoccupations stéréotypées par des dates, des itinéraires ou des horaires) ; des stéréotypies motrices ; un intérêt particulier pour les éléments non fonctionnels des objets (p.ex. leur odeur ou leur consistance) ; une résistance à des changements dans les activités routinières ; une opposition à toute modification de l'environnement personnel (concernant, par exemple, le déplacement de meubles ou d'éléments de décoration).

En plus de ces caractéristiques diagnostiques spécifiques, les enfants autistes présentent souvent divers autres problèmes non spécifiques tels que des peurs ou des phobies, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des comportements agressifs. Les automutilations (p.ex. se mordre le poignet) sont assez fréquentes, en particulier lorsque le trouble s'accompagne d'un retard mental sévère. La plupart des enfants autistes manquent de spontanéité, d'initiative et de créativité dans l'organisation de leur temps de loisir et ont des difficultés à concevoir les décisions à prendre dans le cadre d'un travail (y compris lorsque les tâches elles même correspondent à leurs capacités). L'expression particulière des déficits inhérents à un autiste se modifie certes avec l'âge ; toujours est il que ces déficits persistent à l'âge adulte, et qu'ils se traduisent là encore par des problèmes de socialisation, de communication et d'intérêt. La survenue d'anomalies du développement avant l'âge de trois ans est nécessaire au diagnostic, mais le diagnostic peut être évoqué dans tous les groupes d'âge.

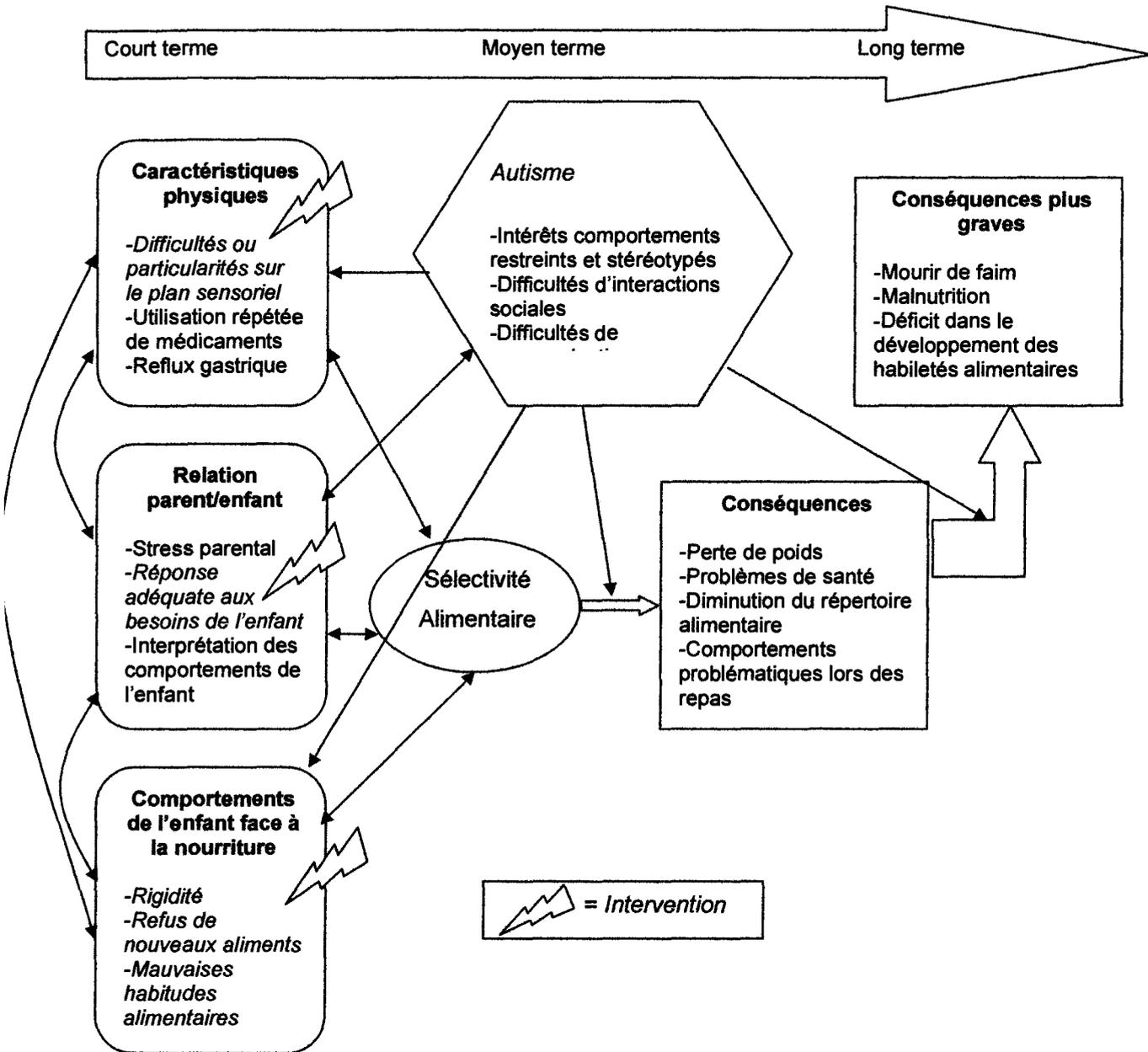
L'autisme infantile peut s'accompagner de niveaux très variables de QI, mais il existe un retard mental significatif dans environ trois quart des cas.

Inclure : psychose infantile  
Syndrome de Kanner  
Trouble autistique

Diagnostic différentiel. On doit évoquer un autre trouble envahissant du développement ; un trouble spécifique de l'acquisition du langage, de type réceptif (F80.2) avec problèmes sociaux et émotionnels secondaires ; un trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1) ; un trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2) ; un retard mental (F70, 79) avec troubles émotionnels comportementaux associés ; une schizophrénie (F20) à début très précoce ; un syndrome de Rett (F84.2)

Exclure : psychopathie autistique (F84.5)

Annexe II



### Annexe III

#### Exemple de thérapie typique

- 9h00 : Transition à l'horaire vers la salle de motricité
- 9h01 : Déshabillage
- 9h05 : Activités motrices (désensibilisation tactile, proprioceptive et vestibulaire)
- 9h30 : Massages (désensibilisation tactile)
- 9h40 : Habillage
- 9h45 : Transition à l'horaire vers la grande salle
- 9h50 : Jeux de sifflets et le «*chewy*» tube (désensibilisation buccale)
- 9h55 : Lavage des mains et de la bouche avec la débarbouillette, essuyage des mains avec une serviette et distribution des assiettes de chacun et installation de l'assiette «fini» (routine de début)
- 10h00 : Distribution premier aliment («*Cheetos*») et jeux
- 10h05 : Distribution du deuxième aliment (Bâtonnets au fromage) et jeux
- 10h10 : Distribution du troisième aliment (Carotte) et jeux
- 10h15 : Distribution du quatrième aliment (Clémentine) et jeux
- 10h 20 : Distribution du cinquième aliment (Mangue séchée) et jeux
- 10h25 : Distribution du sixième aliment (Jus orange) et jeux
- 10h30 : Lavage de la bouche, des mains et de la table (routine de fin)
- 10h35 : Tous les enfants font le geste fini et vont à une période de jeux libres

**\*\*Plus la thérapie avance, plus le nombre d'aliments augmente, alors la thérapie peut parfois aller jusqu'à 10h45. De plus, le temps consacré à chacun des aliments peut différer d'une thérapie à l'autre.\*\***

**Annexe IV**  
**Session 1**

Aide-mémoire

- ❑ Transition horaire
- ❑ Déshabillage
- ❑ Jeux moteurs
- ❑ Jeu du bateau
- ❑ Massages
- ❑ Habillage
- ❑ Transition horaire
- ❑ Jeux de sifflets
- ❑ «Chewy» tube
- ❑ Lavage des mains et de la bouche
- ❑ Essuyage des mains
- ❑ Distribution des assiettes
- ❑ Placer l'assiette «fini»
- ❑ Distribution des aliments et jeux
  - «Cheetos»
  - Carotte
  - Jelly bean
  - Clémentine
  - Mangue séchée
  - Jus
- ❑ Jeter les restes dans l'assiette «fini»
- ❑ Lavage des mains et de la bouche
- ❑ Lavage de la table
- ❑ Geste «fini»
- ❑ Jeux libres

**Annexe V****Grille animatrice**

1=*jamais*, 2=*peu*, 3=*parfois*, 4=*souvent*, 5=*toujours*

- |  |    |       |   |   |   |  |
|--|----|-------|---|---|---|--|
| 1- L'animatrice reste concentrée sur l'activité                | 1  | 2     | 3 | 4 | 5 |  |
| 2- L'animatrice est souriante                                  | 1  | 2     | 3 | 4 | 5 |  |
| 3- L'animatrice démontre de l'intérêt                          | 1  | 2     | 3 | 4 | 5 |  |
| 4- L'animatrice est dynamique                                  | 1  | 2     | 3 | 4 | 5 |  |
| 5- L'animatrice porte une attention égale à chacun des enfants | 1  | 2     | 3 | 4 | 5 |  |
| 6- Temps porté par l'animatrice pour l'enfant                  | 1) | _____ |   |   |   |  |
|  | 2) | _____ |   |   |   |  |
|  | 3) | _____ |   |   |   |  |

**Commentaires:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Annexe VI****Grille participation enfants**

1=jamais, 2=peu, 3=parfois, 4=souvent, 5=toujours

1- L'enfant est souriant	1	2	3	4	5
2- L'enfant se lève de sa chaise	1	2	3	4	5
3- L'enfant regarde partout dans la pièce	1	2	3	4	5
4- L'enfant regarde les aliments	1	2	3	4	5
5- L'enfant tolère les aliments	1	2	3	4	5
6- L'enfant interagit avec les aliments	1	2	3	4	5
7- L'enfant sent les aliments	1	2	3	4	5
8- L'enfant touche les aliments	1	2	3	4	5
9- L'enfant goûte les aliments	1	2	3	4	5
10- L'enfant jette les aliments par terre	1	2	3	4	5

*Commentaires:*

---

---

---

---

---

---