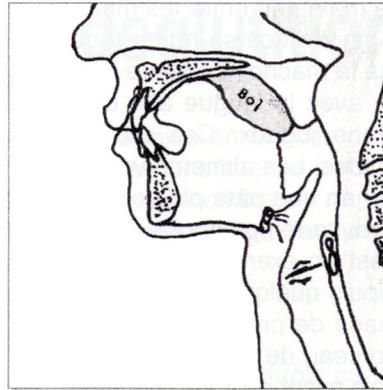
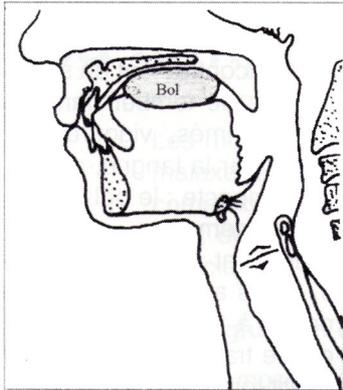
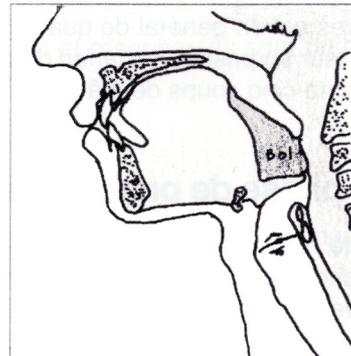
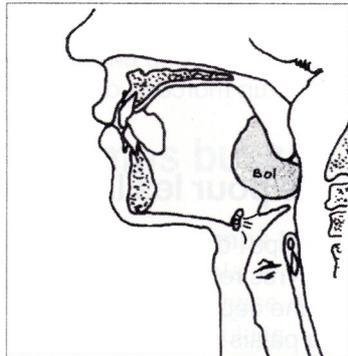


Annexes

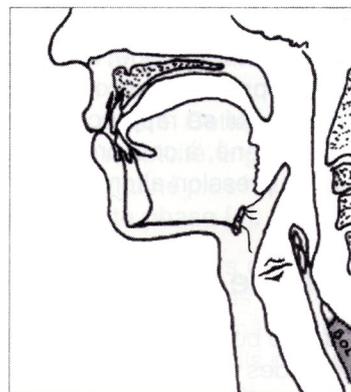
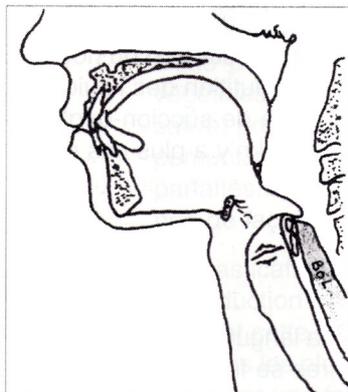
Annexe 1 : Les temps de la déglutition (Senez, 2002)



TEMPS
BUCCAL



TEMPS
PHARYNGIEN



TEMPS
CESOPHAGIEN

Annexe 2 : Evolution motrice et fonctionnelle pour l'alimentation, la déglutition, le langage et la motricité entre 0 et 24 mois. (d'après Tapin, 2001 et Puech, 2004, cités par Thibault, 2007)

Âge (mois)	Motricité	Langage	Préhension des aliments	Évolution du schéma de succion-déglutition	Textures
0_4	Asymétrie et flexion de la tête médiane.	Production de vocalisation, de syllabes archaïques	Aspiration au sein ou biberon	Suckling téter/ Succion-déglutition réflexe	Liquide
4_6	Tenu assis, contrôle de la tête	Babillage rudimentaire	Tétine + débuts à la cuillère+ apprentissage boisson au verre ; malaxage	Suckling téter/ diminution du réflexe de succion-déglutition	Liquide+ semi-liquide/ lisse
6_9	Rotation de la tête, quatre pattes/debout	Babillage canonique	Tétine+cuillère +verre ; malaxage+ début de mastication	Suckling+ début sucking mouvements linguaux latéraux/ début de dissociation entre succion et déglutition	Semi-liquide + mixé
9_12	Marche de côté	Babillage mixte	Cuillère+ verre malaxage> mastication	Suckling> sucking/ diduction mandibulaire, mouvement linguaux dans l'espace	Mixé+ solide mou
12_18	Marche	Proto-langage, entre le babillage et les vrais mots	Cuillère+ verre malaxage< mastication	Suckling< sucking/ dissociation langue-mandibule	Solide mou+ solide dur
18_24	Marche	Les premières phrases	Cuillère+ mastication	Succion-déglutition indépendantes/ Stabilité de la mandibule	Solide dur

Le suckling désigne des mouvements antéropostérieurs de la langue., en lien avec la posture de décubitus et de flexion du nourrisson. Le sucking,est la « vraie » succion (Thibault, 2007, p. 45) recouvrant des mouvements de la langue allant du haut vers le bas. Il n'est possible que lorsque la musculature suffisamment développée permet à l'enfant de se tenir en position verticale.

Annexe 3 : Critères diagnostiques des troubles envahissants du développement

- **Critères diagnostiques de l'autisme infantile (F84,0)**
- **Critères diagnostiques de l'autisme atypique (F84,1)**
- **Critères diagnostiques du syndrome de Rett (F84,2)**
- **Critères diagnostiques de l'« autre trouble desintégratif de l'enfance » (F84,3)**
- **Critères diagnostiques du syndrome d'Asperger (F84,5)**

Critères diagnostiques de l'autisme infantile (F84.0)

A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :

- Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale ;
- Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques ;
- Jeu fonctionnel ou symbolique.

B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :

1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :

- a) Absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales,
- b) Incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions,
- c) Manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui, ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs,
- d) Ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple, ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent) ;

2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :

- a) Retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique,
- b) Incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint),

- c) Usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases,
 - d) Absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou, dans le jeune âge, absence de jeu d'imitation sociale ;
- 3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :
- a) Préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation,
 - b) Adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels,
 - c) Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps),
 - d) Préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple, leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).

C. Le tableau clinique n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement : trouble spécifique de l'acquisition du langage, versant réceptif (F80.2), avec des problèmes socio-émotionnels secondaires ; trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1) ou trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition (F94.2) ; retard mental (F70-F72) avec quelques perturbations des émotions ou du comportement ; schizophrénie (F20) de survenue in habituellement précoce ; syndrome de Rett (F84.2).

Critères diagnostiques de l'autisme atypique (F84.1)

A. Présence, à partir de l'âge de 3 ans ou plus tard, d'anomalies ou d'altérations du développement (mêmes critères que pour l'autisme sauf en ce qui concerne l'âge d'apparition).

B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais il n'est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés).

C, Ne répond pas aux critères diagnostiques de l'autisme (F84.0).

L'autisme peut être atypique par l'âge de survenue (F84.10), ou par sa symptomatologie (F84.11). Dans le domaine de la recherche, les deux types peuvent être différenciés par le cinquième caractère du code. Les syndromes atypiques par ces deux aspects sont à classer sous F84.12.

Atypicité par l'âge de survenue

A. Ne répond pas au critère A de l'autisme : l'anomalie ou l'altération du développement est évidente seulement à partir de l'âge de 3 ans ou plus tard.

B. Répond aux critères B et C de l'autisme (F84.0).

Atypicité par la symptomatologie

A. Répond au critère A de l'autisme : l'anomalie ou l'altération du développement est évidente avant l'âge de 3 ans.

B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais il n'est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés).

C, Répond au critère C de l'autisme.

D, Ne répond pas entièrement au critère B de l'autisme (F84.0).

Atypicité par l'âge de début et la symptomatologie

- A. Ne répond pas au critère A de l'autisme : l'anomalie ou l'altération du développement est évidente seulement à partir de l'âge de 3 ans ou plus tard.
- B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais il n'est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés).
- C. Répond au critère C de l'autisme.
- D. Ne répond pas entièrement au critère B de l'autisme (F84.0).

Critères diagnostiques du syndrome de Rett (F84.2)

- A. La période prénatale et périnatale et le développement psychomoteur au cours des 5 premiers mois sont apparemment normaux et le périmètre crânien est normal à la naissance.
- B. Décélération de la croissance crânienne entre 5 mois et 4 ans et perte, entre 5 et 30 mois, des compétences fonctionnelles manuelles intentionnelles acquises, associées à une perturbation concomitante de la communication et des interactions sociales et à l'apparition d'une démarche mal coordonnée et instable ou d'une instabilité du tronc.
- C. Présence d'une altération grave du langage, versant expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère.
- D. Mouvements stéréotypés des mains sur la ligne médiane (par exemple, torsion ou lavage des mains), apparaissant au moment de la perte des mouvements intentionnels des mains ou plus tard.

Critères diagnostiques de l'« autre trouble désintégratif de l'enfance » (F84.3)

- A. Développement apparemment normal jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans. La présence des acquisitions normales, en rapport avec l'âge, dans le domaine de la communication, des relations sociales et du jeu, est nécessaire au diagnostic, de même qu'un comportement adaptatif correspondant à un âge de 2 ans ou plus.
- B. Perte manifeste des acquisitions antérieures, à peu près au moment du début du trouble. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une perte cliniquement significative des acquisitions (et pas seulement d'une incapacité à utiliser ces dernières dans certaines situations) dans au moins deux des domaines suivants :
- 1) Langage, versant expressif ou réceptif ;
 - 2) Jeu ;
 - 3) Compétences sociales ou comportement adaptatif ;
 - 4) Contrôle sphinctérien, vésical ou anal ;
 - 5) Capacités motrices.
- C. Fonctionnement social qualitativement anormal, manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
- 1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques (du type de celles définies pour l'autisme) ;
 - 2) Altérations qualitatives de la communication (du type de celles définies pour l'autisme) ;
 - 3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités s'accompagnant de stéréotypies motrices et de maniérismes ;
 - 4) Perte générale de l'intérêt pour les objets et pour l'environnement.
- D. Le trouble n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement, à une aphasie acquise avec épilepsie (F80.6), à un mutisme électif (F94.0), à un syndrome de Rett (F84.2) ou à une schizophrénie (F20.-).

Critères diagnostiques du syndrome d'Asperger (F84.5)

- A. Absence de tout retard général, cliniquement significatif, du langage (versant expressif ou réceptif), ou du développement cognitif. L'acquisition de mots isolés vers l'âge de 2 ans ou avant et l'utilisation de phrases communicatives à l'âge de 3 ans ou avant sont nécessaires au diagnostic. L'autonomie, le comportement adaptatif et la curiosité pour l'environnement au cours des 3 premières années doivent être d'un niveau compatible avec un développement intellectuel normal. Les étapes du développement moteur peuvent être toutefois quelque peu retardées et la présence d'une maladresse motrice est habituelle (mais non obligatoire pour le diagnostic). L'enfant a souvent des capacités particulières isolées, fréquemment en rapport avec des préoccupations anormales, mais ceci n'est pas exigé pour le diagnostic.
- B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques (mêmes critères que pour l'autisme).
- C. Caractère inhabituellement intense et limité des intérêts ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l'autisme, mais les maniérismes moteurs ou les préoccupations pour certaines parties d'un objet ou pour des éléments non fonctionnels de matériels de jeu sont moins fréquents).
- D. Le trouble n'est pas attribuable à d'autres variétés de trouble envahissant du développement, à une schizophrénie simple (F20.6), à un trouble schizotypique (F21), à un trouble obsessionnel-compulsif (F42.-), à une personnalité anankastique (F60.5), à un trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F94.1), à un trouble de l'attachement de l'enfance, avec désinhibition (F94.2).

Annexe 4 : Le PECS (Picture Exchange Communication System)

La phase I :

L'objectif de cette étape est le suivant : la personne porteuse de TED est capable de prendre en main l'image ou la représentation de l'objet de son choix, de la tendre vers son interlocuteur et de déposer l'image dans la main du partenaire de communication. Pour cela, des renforçateurs sont utilisés (nourriture ou objets) dans le but de motiver la communication. Déterminer quels sont les renforçateurs est une étape préliminaire à la mise en place du PECS. De même, avant d'instaurer cette phase I, il est utile de faire la synthèse des habiletés de communication de la personnes porteuse de TED dans le cadre d'une évaluation orthophonique.

En séance, le contexte est le suivant: la personne porteuse de TED est assise, son interlocuteur se place en face d'elle et garde l'objet choisi comme renforçateur hors de la portée de la personne, de façon à ce qu'elle puisse le voir cependant. Un autre adulte se place derrière la personne porteuse de TED et sera l'incitateur physique. Une image du renforçateur est placée devant la personne avec TED. Quand celle-ci amorce un geste pour prendre l'objet préféré, l'incitateur physique derrière elle va diriger son geste pour l'aider à prendre l'image et à la donner à son interlocuteur en face d'elle. L'interlocuteur fait alors une incitation gestuelle (tend la main) pour aider la personne à comprendre ce qu'on attend d'elle. Cette incitation gestuelle ne doit pas être trop rapide, de façon à donner à la personne avec TED la possibilité d'initier la demande.

Par la suite, un passage de l'assistance physique complète à une assistance physique réduite va s'opérer. L'incitateur veille à diminuer la guidance physique en commençant par la diminuer dans la dernière étape de l'échange (lâcher l'image dans la main du partenaire de communication). L'interlocuteur félicite toujours la personne porteuse de TED: cela peut être en disant le nom de l'objet donné avec enthousiasme. En revanche, la personne effectuant la guidance physique ne félicite jamais la personne avec TED: elle n'entre pas dans l'échange qui se fait pour le moment de façon duelle. Le but étant d'estomper peu à peu la guidance, sa présence doit être la plus discrète possible.

La phase II :

C'est l'étape menant à la spontanéité. La personne porteuse de TED apprend à persévérer dans sa demande, comme le ferait une personne tout venante en répétant, reformulant, réitérant sa demande. Elle apprend également à attirer l'attention d'un interlocuteur qui n'est pas forcément disponible et attentif visiblement à sa demande. Un tableau de communication (classeur) sur lequel vont être placées les images est introduit. L'objectif de cette étape est que la personne porteuse de TED se dirige d'elle-même vers son tableau de communication, en retire une image, se dirige vers l'adulte et lui remette d'elle-même la représentation de l'objet désiré. L'adulte doit ensuite replacer l'image sur le tableau. Une seule image (comme dans la phase I) est proposée à la fois. La présence d'un adulte assurant la guidance physique si besoin est requise.

La phase III :

Dans cette phase, la discrimination est introduite. Cette étape amène la personne à faire le choix d'une image parmi un nombre de plus en plus étendu de possibilités. Il est important de changer la position des images pendant l'entraînement afin que le repérage ne soit pas basé sur la position des images. Il faut déterminer à ce stade le type d'image susceptible d'être le mieux compris par la personne avec TED. Il peut s'agir de pictogrammes ou bien de photos. Il faut déterminer le niveau de compréhension des supports visuels : la personne est-elle au stade présentatif, représentatif ?

La phase IV :

. L'objectif de cette étape est que la personne soit capable de demander des objets (présents et absents de son champ de vision) par l'utilisation du symbole "Je veux" qu'elle place sur un velcro pour construire une phrase avec l'objet qu'elle désire. Elle est capable de retirer ce velcro pour le remettre à l'interlocuteur avec qui elle veut entrer en communication. Une stimulation verbale est alors effectuée : quand la personne donne la phrase, l'interlocuteur le tourne vers lui et dit la phrase en pointant les images.

Au niveau de cette étape, le choix de représentations contenues dans le classeur cinquante images, et la personne est capable de communiquer avec un nombre assez varié d'interlocuteurs.

La phase V :

Cette phase correspond à la capacité à répondre à la question "Qu'est-ce que tu veux ?". Pour cela on utilise le carton-phrase et on y met l'image «je veux». Puis on pointe l'ensemble et on demande à l'enfant «qu'est-ce que tu veux?». Par la suite, on retarde l'incitation gestuelle (pointage de l'image), puis on l'estompe jusqu'à sa suppression.

La phase VI :

Il s'agit d'apprendre à la personne à répondre aux questions «qu'est-ce que tu veux?», «qu'est-ce que tu vois?», «qu'est-ce que tu as?» ou à des questions similaires quand ces questions sont posées au hasard et non dans le cadre d'un exercice. L'entraînement se fait avec une incitation gestuelle (pointage) que l'on diminue graduellement en alternant les questions posées. La partie la plus difficile est d'entraîner la personne à répondre successivement aux questions «qu'est-ce que tu vois ?» et «qu'est-ce que tu veux ?». La personne apprend à faire un commentaire sur son environnement, ce qui est une fonction de la communication différente de celle de faire une demande. Lors de cette étape, le vocabulaire de la personne s'enrichit d'attributs (formes, couleurs...).

Annexe 5 : bilans orthophoniques d'Allan

Le premier bilan, en 2006, repose sur des données qualitatives et indique qu'Allan produit des voyelles et des consonnes postérieures sans visée communicative. Les sensations internes sont recherchées en priorité.

Le deuxième bilan date de septembre 2009 et a été réalisé à l'aide de l'ECSP-N (Evaluation de la Communication Sociale précoce, 1993) de Guidetti et Tourette. Cet outil évalue trois fonctions du développement socio-communicatif qui correspondent à trois échelles :

- l'interaction sociale : réponses, initiation et maintien
- l'attention conjointe : réponses, initiation et maintien
- la régulation du comportement : réponses et initiation.

Vingt-trois situations (présentation d'objets/jouets à l'enfant, jeu d'échange d'objets) permettent d'évaluer ces trois dimensions de la communication.

Allan était alors âgé de 14 ans et 6 mois. Les comportements qui sont décrits sont semblables à ceux que nous avons observés lors des séances avec l'adolescent. Allan présente des stéréotypies consistant à mettre les doigts sur les oreilles, comportement qui a perduré durant toute l'évaluation de 2009. La vision est périphérique et la tête est le plus souvent légèrement baissée. L'adolescent a besoin de beaucoup de temps pour réaliser une consigne verbale, pour enchaîner deux activités ou amorcer une transition d'un lieu à un autre. La modalité sensorielle est, selon les cas, tactile, visuelle ou olfactive.

Allan présente un développement de la communication très déficitaire : tous les items sont cotés inférieurs à trois mois de développement, sauf les réponses aux interactions sociales (7-16 mois) et les réponses à la régulation du comportement (17-24 mois). Allan comprend des petits ordres simples si ceux-ci sont accompagnés d'un geste. Le bilan concluait au besoin de développer les deux points forts relevés.

Prénom de l'enfant	Nature des troubles d'alimentation	Situations dans lesquelles ils se produisent	Intensité (entourez le chiffre ; 5 : intensité élevée)	durée	fréquence	Impact des comportements
			0 1 2 3 4 5			
			0 1 2 3 4 5			
			0 1 2 3 4 5			
			0 1 2 3 4 5			

Annexe 7 : Questionnaire individuel d'Allan

(D'après E. WILLAYE et G. MAGEROTTE, Evaluation et intervention auprès des comportements-défis, Deboeck, 2008)

A destination des intervenants auprès d'enfants et adolescents porteurs de TED.

Questionnaire créé dans le cadre d'un mémoire sur la prise en charge orthophonique des troubles alimentaires des enfants porteurs de TED réalisé par Gersende Delplancq sous la direction de Madame Diane Marichez, orthophoniste.

D) **Y a-t-il des aliments qu'il déteste ?** OUI NON
Allan ne mange pas d'autres aliments. Les légumes et les fruits sont toujours refusés.

E) **Lui arrive-t-il de vomir pendant le repas ?** OUI NON
Après le repas ? OUI NON

F) **L'adolescent fait-il des fausses routes :**
avec les boissons ? OUI NON
Avec les aliments ? OUI NON
Si oui, précisez (morceaux, purée...) :

3- Comportements défis en lien avec l'oralité et l'alimentation (ex : ingestion d'herbe, refus de s'alimenter...)

A) Pour chaque comportement concerné, définissez la façon dont il s'exécute, la fréquence (combien de fois par jour, par semaine ou par mois il apparaît) la durée (combien de temps cela dure lorsqu'il apparaît), et l'intensité (quelle est l'importance des dommages ou des destructions occasionnées ?)

comportement	Façon dont il s'exécute	Fréquence	Durée	intensité
hypersélectivité	Cf 2-C) et D)	A chaque repas	Tout le repas	5
mérycisme	Réurgite les aliments avalés une première fois. Répète ce comportement plusieurs fois de suite.	indéterminée	Jusqu'à deux heures après la fin du repas	3
Recherche de sensations internes	Ingurgite très rapidement les aliments chauds et les boissons gazeuses	indéterminée	indéterminée	5
Tension et inhibition pour débarrasser	Attend l'incitation gestuelle de l'adulte pour se lever, voire la présence physique de l'adulte derrière lui pour avancer. Court en criant et avec une stéréotypie (se bouche l'oreille avec sa main libre).	A chaque fois qu'il va débarrasser	Quelques minutes	5
Tension et inhibition pour manger	Ne mange que si l'adulte lui donne une guidance verbale à chaque bouchée.	Parfois tout le repas, parfois seulement ponctuellement	Quelques minutes	3

B) **Quels sont parmi les comportements décrits ci-dessus qui ont une probabilité d'apparaître ensemble ? Apparaissent-ils au même moment ? Est-ce qu'ils s'enchaînent ? En réponse au même type de situation ? ex : l'enfant ingère de l'herbe et court loin de l'adulte qui l'appelle.**

Comportements	Apparition	Dans quel type de situation ?
Mérycisme et recherche de sensations internes	Ces comportements semblent apparaître en même temps.	En fonction du menu.
Tension et inhibition pour débarrasser et pour manger	Ces comportements apparaissent successivement, en suivant le déroulement naturel du repas	Lorsqu'Allan est déjà angoissé dans l'intervalle précédant le repas.

C) **Depuis quand les comportements sont-ils présents ?**

Comportements	Période d'apparition	Je ne sais pas
mérycisme	Repéré depuis trois ou quatre ans	
hypersélectivité	Depuis six ans (arrivée d'Allan à l'IME)	
Recherche de sensations internes	Depuis six ans	
Tension et inhibition pour débarrasser	Depuis six ans	
Tension et inhibition pour manger	Comportement légèrement présent depuis longtemps mais très prégnant depuis septembre 2011.	

D) **Dans quelles circonstances ces comportements sont-ils apparus pour la première fois ?**

Comportements	Circonstances d'apparition	Je ne sais pas
mérycisme		X
hypersélectivité		X
Tension et inhibition pour débarrasser		X
Tension et inhibition pour manger		X
Recherche de sensations internes		X

4- Impact des comportements défis

Indiquez le/ les comportements éventuellement responsable des conséquences suivantes :

Conséquences	Comportement(s)	commentaires
Compromet la santé ou la sécurité de l'enfant	Hypersélectivité	Besoin de légumes et de fruits supplémentaires ? Sous quelle forme les proposer : compote chaude, légumes en purée ?
Compromet la santé ou la sécurité des intervenants	La tension qui conduit Allan à pincer	
Compromet la santé ou la sécurité des pairs	idem	Allan pince en particulier une autre adolescente du groupe. Ils ne sont désormais plus assis l'un à côté de l'autre.
Risque d'entraîner des bris dans l'environnement	Aucun	
Nuit à la qualité de vie de l'enfant	Tension et inhibition Hypersélectivité	
Nuit à la qualité de vie des pairs	La tension	
Nuit à l'acceptation sociale de l'enfant	Aucun	Pas de rejet apparent de la part des autres jeunes.
Interfère avec les autres activités (apprentissage, loisirs...)	Allan refuse la guidance physique même discrète de l'adulte pour couper les aliments et n'apprend donc pas cette praxie.	
Risque de s'aggraver si l'on n'intervient pas	Aucun	Après les coupures des vacances, les comportements s'aggravent. De même lorsqu'Allan est confronté à un nouvel interlocuteur.

5- Contextes d'apparition des comportements

A) L'adolescent présente-t-il, actuellement ou à différents moments, un ou plusieurs des problèmes suivants qui pourrai (ent) être mis en relation avec les comportements problèmes présentés ?

	Cochez votre réponse				Date et durée de ces problèmes	commentaires
	Oui	Non	Peut-être	Ne sait pas		
Problèmes dentaires		X				
Problèmes visuels		X				
Problèmes auditifs		X				
Des infections des voies respiratoires		X				
De la fièvre		X				
Un reflux gastro-oesophagien				X		
Des vomissements		X				
Des problèmes d'appétit		X				
Des difficultés liées à la digestion (diarrhée, constipation...)		X				
De la douleur (maux d'estomac...)			X			La douleur n'est pas exprimée.
Des tics (précisez si oui) ou stéréotypies	X					Se bouche les oreilles en cas de stress.
Des difficultés de sommeil		X				Il met du temps à s'endormir et a du mal à se lever mais dort bien.
L'air fatigué /facilement fatigable		X				

B) L'adolescent présente-t-il :

	Oui	non	Peut -être	Ne sait pas	Ce problème		Date de l'éventuelle dernière investigation
					a déjà été envisagé	n'a jamais été envisagé	
Une hyposensibilité au bruit		X					
Une hypersensibilité au bruit	X				X		
Une hyposensibilité à la douleur				X	X		Supporte les stimulations normalement douloureuses comme les aliments brûlants.
Une hypersensibilité à la douleur				X	X		
Une hypersensibilité orale (aux aliments...)			X		X		
Une hyposensibilité orale			X		X		Supporte les stimulations normalement douloureuses.

C) L'adolescent suit-il un régime alimentaire particulier (sur prescription médicale) ?

OUI NON

Si oui lequel ?

D) L'adolescent est-il sous médication ? OUI NON

Si oui laquelle ?

Quand les médicaments sont-ils pris ? Matin midi Soir

E) Depuis la prescription de la médication actuelle, avez-vous observé l'un ou l'autre des effets secondaires suivants ? Cochez les effets observés : Question non envisagée (pas de traitement médical).

Diminution de l'appétit	
Augmentation de l'appétit	
Bouche sèche (boit davantage)	
diarrhée	
constipation	
Douleur abdominale	
Autre, précisez	

F) Identification des comportements-problèmes dans les routines journalières : où, quand et avec qui ils ont lieu avec le plus de probabilité ?

Question non envisagée car non pertinente. Les comportements apparaissent surtout au déjeuner et non au goûter.

Heure	activité	Comportement s-problèmes spécifiques	Probabilité d'apparition					Avec qui apparaît-il ?
			Faible				forte	
			1	2	3	4	5	
			6					

H) Quand le (ou les) comportement(s)-problème(s) se produit (sent) ils avec le PLUS de probabilité ? (moments de la journée, jours de la semaine...) :

Question non pertinente

I) Quand le (ou les) comportement(s)-problème(s) se produit (sent) il(s) avec le MOINS de probabilité ? (moments de la journée, jours de la semaine...)

Question non pertinente

K) Que se produit-il habituellement après le comportement ? (quelle est la réaction de l'éducateur, comment les autres personnes du groupe réagissent-elles, l'enfant est-il isolé, du lieu ou envoyée chez quelqu'un, l'enfant arrête-t-il son activité, l'enfant est-il engagé dans une lutte de pouvoir... ?)

Comportement	Conséquence(s)
Mérycisme	L'adulte demande à Allan d'avaler. Cela fonctionne parfois.
Hypersélectivité	L'équipe propose une petite portion d'aliments non préférés à Allan. Celui-ci les manipule avec ses couverts sans y goûter.
Tension pour manger	La guidance verbale tend à être remplacée par une guidance gestuelle, qui pourra par la suite être estompée plus facilement.
Tension pour débarrasser	L'adulte doit se lever pour donner l'impulsion à Allan, voire même se placer derrière lui.
Recherche de stimulations internes	L'eau gazeuse a été supprimée.

6- Pistes de remédiation possibles

A) Doit-on mettre l'accent sur le développement de certaines compétences cognitives de l'adolescent ? Lesquelles ?

Les capacités de compréhension des photographies au stade représentatif ainsi que les émergences du stade représentatif sont travaillées, notamment en atelier communication.

Si oui, ces compétences cognitives pourraient-elles prendre la place des comportements problèmes ?

Ne sait pas.

B) Doit-on mettre l'accent sur le développement de certaines compétences adaptatives de l'adolescent ? Lesquelles ?

L'autonomie doit être travaillée. Pour l'instant pour les déplacements, la présence de l'adulte est nécessaire.

Si oui, ces compétences pourraient-elles prendre la place des comportements problèmes ?

Ne sait pas .

C) C) La personne possède-t-elle un moyen de communication lui permettant d'exprimer ses besoins, ses désirs et de se faire comprendre ?

Il faudrait passer davantage par l'objet pour la communication expressive ?

Ce moyen pourrait-il prendre la place des comportements-problèmes ?

Ne sait pas.

Remarques complémentaires :

Donner une serviette à Allan permet de détourner son attention pour éviter qu'il ne pince ses voisins de table.

Annexe 8: Questionnaire destiné à l'infirmière

informations sur la santé du jeune Yoann dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie sur les troubles d'alimentation mené par Gersende Delplancq et dirigé par Diane Marichez, orthophoniste.

1) Indice de masse corporelle actuel (IMC) : 17,8.....

Est-il normal ? oui non Poids idéal : 38 à 52 kg Poids réel : 37 kg

Y a-t-il eu une évolution remarquable de l'IMC depuis l'arrivée du jeune au Relais ?

- Oui précisez dans quelle mesure
- non

2) Retard staturo-pondéral :

- Oui précisez l'importance de ce retard :.....
- Non

3) Allergies :

- Alimentaires .aucune.....
- Autres :.aucune.....
-

4) Eventuel traitement médical actuel :

- Oui Bénéfices du traitement : un traitement pour le sommeil. Deux neuroleptiques : visent à apaiser Yoann
- Non

Si oui, ce traitement est-il susceptible de :

- Augmenter l'appétit
- Diminuer l'appétit
- Provoquer des problèmes gastriques

5) Etat bucco-dentaire :

- Dégradé précisez .Ne sait pas, vu par Handident en 2011 mais pas d'informations. Doit à nouveau voir un dentiste en Avril 2012.
- Satisfaisant

6) Problèmes gastriques :

- Oui précisez.....
- Non

7) Reflux gastroesophagien

- Oui précisez
- Non

8) L'hypersélectivité alimentaire du jeune entraîne-t-elle des carences ?

- Oui précisez le type et l'importance des carences :.....

.....

- Non
- Ne sait pas : pas d'analyse de sang récentes

9) Autres troubles survenant fréquemment : aucun

- Troubles du sommeil
- Pathologies respiratoires
- Autres :

10) Réaction à la douleur bien identifiable :

- Oui précisez :.....
- Non

11) Hyperacousie :

- Oui
- Non

12) Hypersensibilité orale :

- Oui
- Non

Observations complémentaires :
.....
.....

Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire.

Annexe 9 : Grille d'observation de l'atelier de cuisine sensorielle

Date : 08/11/2011

Prénom de l'adolescent : Honorine

Recette : salade de tomates durée environ 1h30

Etat émotionnel/comportement : Agitée en début d'atelier car l'adulte ne lui a pas permis une deuxième fois aux toilettes, Honorine s'est davantage énervée lorsqu'on lui a dit qu'on allait cuisiner des tomates. En revanche, elle est allée chercher le jeu « five ways of looking » et cela l'a beaucoup apaisée. Cela fait plusieurs ateliers où ce jeu à sa préférence marquée.

Geste à effectuer	Participation de l'adolescent
1. Se laver les mains	Honorine regarde attentivement la photographie du classeur.
2. Aller chercher les ingrédients/ustensiles	Honorine va chercher la tomate mais du bout des doigts. Elle l'abandonne sitôt revenue à table. Elle ne vas pas chercher le couteau, se lève et déambule dans la pièce.
3. Couper la tomate	La suite de la recette n'est pas entreprise.
4. Mettre les morceaux dans un bol	
5. Saler/poivrer	
6. Verser l'huile	
7. Mélanger	
8.	
9.	
10.	

<p>Dégustation : Tandis qu'Honorine joue à « five ways of looking » une nouvelle fois avec un adulte, je coupe la tomate à côté d'elle. Puis l'adulte mange bout à bout la tomate. La première fois, Honorine veut intercepter le morceau. L'adulte note qu'à chaque fois qu'il mange un morceau, cela semble être très désagréable à Honorine. L'adolescente va jeter les restes de tomates à la poubelle, toujours sans y toucher, et lave elle-même la planche à découper.</p>
<p>Activités proposées : "five ways of looking": choisi par Honorine. Elle associe parfaitement les images des cinq niveaux et oralise beaucoup de mots, même si l'articulation est floue et l'intelligibilité très réduite.</p>
<p>Dénomination : avec les photographies des aliments. Difficultés pour dénommer une grande partie mais Honorine répète spontanément quelques mots. Association de photographies du même aliment (pain, pâtes), jusqu'à cinq photographies proposées en même temps : réussite.</p>
<p>« five ways of looking » : jeu de prédilection d'Honorine.</p>
<p>Trente minutes en fin d'atelier passés dans la cour. Honorine semble apprécier le fait d'être dehors et de pouvoir courir.</p>

Remarques : Du groupe des quatre adolescents, Honorine est la seule qui ait des difficultés si importantes avec une hypersélectivité sévère. Elle est donc en décalage avec les autres et il est difficile de proposer un travail adapté. Néanmoins, il serait utile de lui proposer davantage de jeux autour de l'alimentation, avec des images, pictogrammes... Pistes envisagées avec l'équipe de l'atelier :

- Ne pas exiger d'elle de toucher l'aliment mais de rester à table durant la recette.
- Faire la recette à côté d'elle, lui proposer le séquentiel et poser des questions du type « qu'est-ce que c'est ? » en lui présentant ingrédients et ustensiles. Mettre des mots sur nos actions.
- Proposer peut-être des comptines autour de la bouche pour commencer à désensibiliser cette zone et qu'à long terme, Honorine craigne moins qu'un aliment ne s'y engouffre. Cette idée s'appuierait sur les capacités d'imitation sur incitation de l'adolescente.
- Aborder l'alimentation par un autre biais que le toucher : l'olfaction avec des boîtes à odeur très simples.
- Honorine ne peut travailler seule à un jeu qu'elle apprécie et qu'elle réussit sans problème. Elle recherche sans cesse l'approbation de l'adulte et s'énerve s'il ne répond pas immédiatement à ses sollicitations. Cela rend parfois difficile l'organisation de l'atelier quand il n'y a pas un adulte pour un adolescent. Il faudrait aider Honorine à être peu à peu plus autonome dans ces moments de loisirs où elle n'est pas mise en difficulté, pour se concentrer davantage avec elle sur les moments de la recette, sources d'anxiété.

Annexe 10 : Évaluation de la déglutition

A) Données générales

1) Histoire du développement de l'alimentation dans la petite enfance et l'enfance : enfant, Yoann était extrêmement sélectif et pouvait aller jusqu'à ne plus s'alimenter du tout sur plusieurs jours. L'hypersélectivité s'est atténuée avec l'adolescence.

2) Eventuelle plainte de l'entourage concernant l'alimentation : **Hypersélectivité et comportement agressif lorsqu'on lui refuse un aliment.**

3) Etat pondéral actuel : normal **inférieur à la norme** supérieur à la norme

4) Niveau de communication :

Compréhension verbale : excellente limitée faible **nulle**

Compréhension non verbale : excellente limitée **faible** nulle

Expression verbale : excellente limitée faible **nulle**

Expression non verbale : compréhensible peu compréhensible **nulle**

Capacités d'attention : normales **faibles** irrégulières

5) Qualité du repas :

Quantité : normale excessive **faible**

Durée : normale excessive **faible**

Répartition dans la journée **normale** repas fractionnés

Lieu(x) : **domicile matin et soir, déjeuner et goûter à l'IME, dîner parfois à l'internat.**

6) Comportement durant les repas :

cf questionnaire individuel et observations des repas.

7) Capacités d'autonomie : **idem**

8) Signes de dénutrition : **est très pâle quand il ne s'alimente pas toute une journée.**

Signes de déshydratation :

B) Examen-bucco-dentaire

Etat des gencives : **normal** inflammation

Etat des dents : bon caries **non examinable**

Position des dents : normale anormale **semble normale mais pas d'observation précise possible**

Problèmes orthodontiques : **non**

Mycoses intra-buccales : **non**

C) Respiration

Type : normale superficielle
amplitude : normale faible
rythme : normal lent saccadé

D) Examen hors repas passif

1) Zone exo-buccale

Lèvres : jointes ouvertes symétriques asymétriques immobiles tremblements hypotoniques
Joues : symétriques asymétriques hypertoniques hypotoniques
Maxillaires : bouche ouverte
bouche fermée : normale excessive
symétrique asymétrique prognatisme rétrognatisme

2) Zone endo-buccale

Langue : forme : normale anormale
longueur : normale longue courte
macroglossie microglossie symétrique asymétrique
Motricité : de bas en haut : normale difficile impossible
d'arrière en avant : normale difficile impossible
des deux côtés : normale difficile impossible

3) Sensibilité

Réaction aux ustensiles :

	normale	excessive
Métal	X	
Métal argenté	X	
Verre	X	
Plastique	X	

4) Sensibilité thermique : n'a pu être testée

PERCEPTION	normale	faible	excessive
chaud			
froid			

Sensibilité gustative : n'a pu être testée

PERCEPTION	normale	faible	excessive
Eau sucrée			
Eau salée			
Eau citronnée (acide)			
Thé (amer)			

E) Evaluation de la déglutition salivaire et de l'alimentation

1) Déglutition salivaire

Salive : normale anormale

Consistance : normale anormale

Odeur : normale anormale

Présence d'un bavage : non

Origines du bavage : problèmes de sensibilité ouverture de la bouche
mouvements parasites de la langue déficit d'aspiration de la
salive en relation avec trouble orthodontique
absence ou diminution du réflexe de déglutition

2) Observation lors des repas

Mastication : normale anormale précisez :

Déglutition : élévation laryngée : normale faible

temps de déglutition : normal lent rapide

Si des fausses routes apparaissent, précisez avec quel type d'aliment ou de liquide :

Reflux nasal : non

Hemmage : non

Stases : non

réurgitations : observées durant un repas. Selon une partie de l'équipe, cela se produit quand Yoann ingurgite trop vite.

Toux : lors du repas après le repas à distance des repas nocturne absente

Vomissements : non

RGO traité : non

3) Questions complémentaires

plaisir à s'alimenter : normal excessif faible inexistant opposition

désir d'autonomie : normal excessif faible inexistant opposition préfère que l'adulte débarrasse son assiette.

utilisation de moyens de facilitation (préciser) : non (assiette en carton car Yoann a tendance à casser la vaisselle).

aliments préférés : frites, poulet et viande en général, pain

Annexe 11 : Choix des renforçateurs pour Yoann

D'après le Tableau de récompenses© du tiré manuel de PECS

Nom : Yoann

Âge : 14 ans

Date : 17/01/2011 (deuxième séance)

Objet	Rejette	Pas de réaction	S'approche	Proteste quand on le retire	Montre signes de plaisir	Reprend
Ressort multicolore			X			
Poupée sensorielle			X	X		X
Balle	X					
Foulard	X					
Peluche	X					
Boîte métallique avec cubes à mettre à l'intérieur			X	X	X (sourire)	X activité poursuivie jusqu'au bout.
Puissance 4	X					
encastrer			X			
dessin			X			
Ressort multicolore			X	X		X
Puissance 4			X			X
Longue bande de velcro			X	X	X	X
Plots à empiler	X					
Jeu de piques multicolores			X	X	X	X
Raisins secs			X		X	X
Pain			X	X	X	X
Miel	X					
Confiture	X					

Annexe 12 : Exemples de renforçateurs utilisés

Exemples de renforçateurs utilisés avec Allan :



Biscuit chocolat



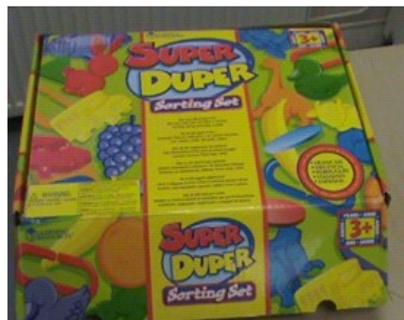
Puissance 4©



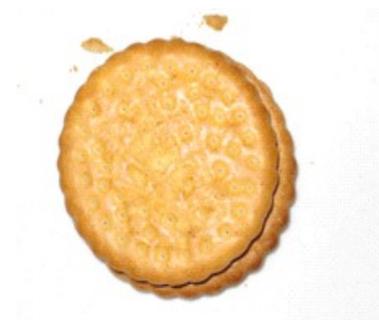
Cubes



Jeu des formes



Tri de couleurs



Biscuit vanille

Exemples de renforçateurs utilisés avec Yoann



Ressort



Poupée (sensorielle)



Boîte à cubes

Annexe 13 : Phase I du PECS , séance avec Yoann

PECS Phase I Essai par essai d'après le manuel du PECS (2002)

Nom: Yoann

Date: le 31/01/2012

Essai	Saisi/attrape/ prend l'image	Atteint l'interlocuteur	Lâche dans la main de l'interlocuteur	Image	activité
1	PP	+	+	Photographie couleur	Poupée sensorielle
2	PP	+	+	idem	idem
2	+	+	+	idem	idem
4	+	+	+	idem	idem
5	PP	+	+	idem	idem
6	PP	+	+	idem	idem
7	PP	+	+	idem	idem
8	PP	+	+	idem	idem
9	PP	+	+	idem	idem
10	+	+	+	idem	idem
11	+	+	+	idem	idem
12	PP	+	+	idem	idem
13	+	+	+	idem	idem
14	+	+	+	idem	idem
15	+	+	+	idem	idem
16	+	+	+	idem	idem
17	PP	+	+	Photographie couleur	Morceau de pain
18	+	+	+	idem	idem
19	+	+	+	idem	idem
20	+	+	+	idem	idem
21	+	+	+	idem	idem

+ : Indépendant

IC : Incitation physique complète

PP : incitation physique partielle

Annexe 14 : Séquentiel de déroulement du repas

Photographies prévues au départ pour le séquentiel du repas d'Allan :

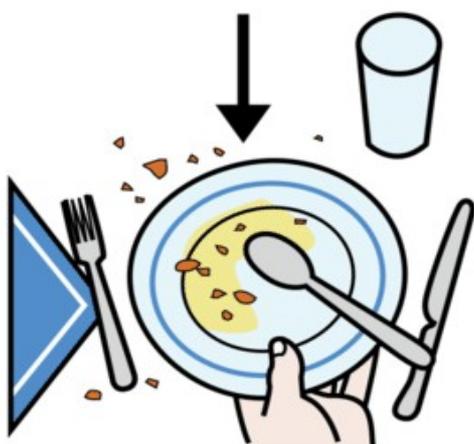


Débarrasser

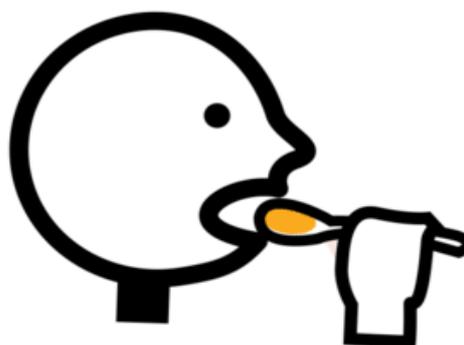


Manger

Pictogrammes utilisés :



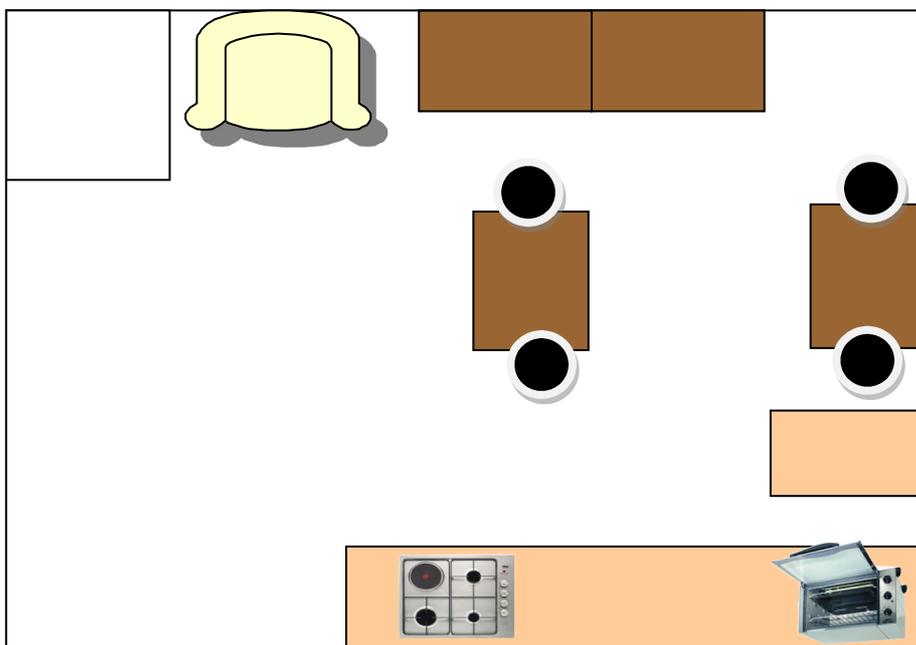
Débarrasser



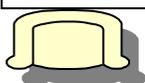
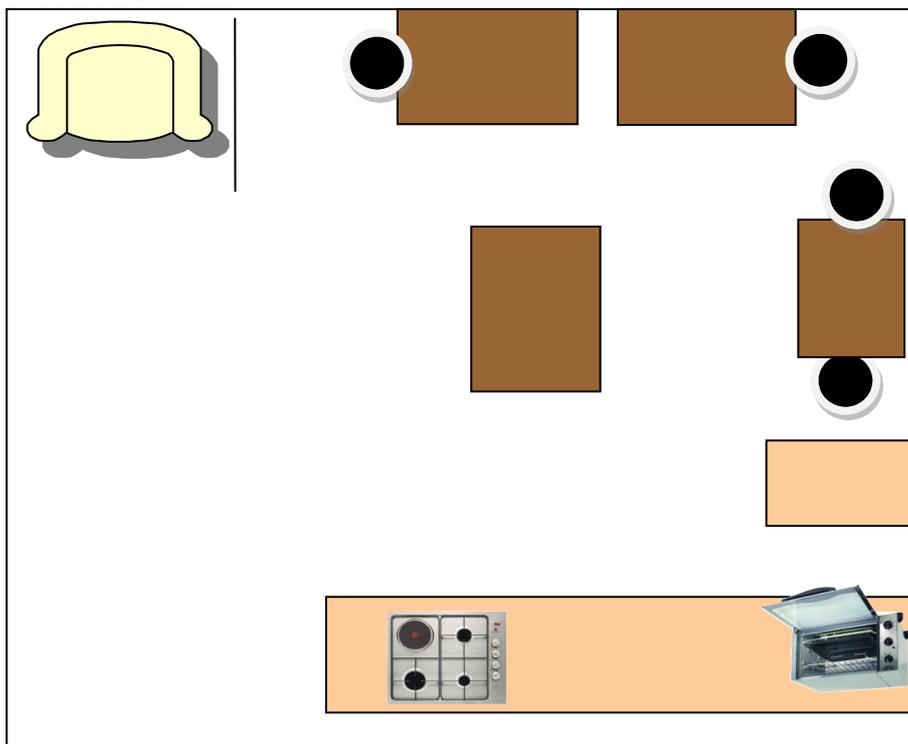
Manger

Annexe 15 : Evolution de l'aménagement de l'espace atelier de cuisine sensorielle

De septembre 2011 à février 2012



A partir de mars 2012



Fauteuil



Tables



Equipements

Annexe 16 : Site je-ted-a-cuisiner.fr

Ce site est actuellement en construction et nécessite un certain nombre d'améliorations.

Intérêt d'un site Internet

L'idée de ce projet a émergé au fur et à mesure de l'avancement du mémoire et notamment lors de la réalisation des séquentiels des recettes pour l'atelier de cuisine sensorielle. Nous n'avons pas trouvé sur internet, à l'exception d'un site amateur américain (yourspecialchef.com) de supports visuels similaires pour des recettes de cuisine. De nombreux sites proposent des recettes filmées ou bien des recettes en photographies mais sans en décomposer toutes les étapes ni tenter de représenter les mouvements à effectuer. Des livres de cuisine pour enfants se rapprochent de notre démarche, mais les recettes ne sont pas décomposées totalement et le petit format des photographies, non modifiable ne nous a pas semblé pratique.

Il nous a paru intéressant de proposer en ligne les séquentiels et la banque de photographies d'ustensiles de cuisine, librement téléchargeables. Ce site n'a pas d'autre ambition que de mettre à la disposition des adultes s'occupant de personnes avec TED des idées et des supports de recettes ou de jeux autour du thème de l'alimentation. Le public visé par le site regroupe les parents et les éducateurs.

Réalisation technique

La réalisation technique du site a été confiée à un intervenant extérieur et a été effectuée à l'aide du logiciel WebDev.

Les supports visuels sont accompagnés de rubriques expliquant notre démarche et le contexte de création et d'utilisation.

Contenu

Les supports visuels

Dix recettes sont actuellement en ligne. A l'exception de celles du crumble aux pommes et du gratin courgettes-tomates, toutes ont été testées plusieurs fois en atelier. Les photographies sont imprimables en différentes tailles.

Des planches de loto sont également disponibles avec deux, quatre ou neuf images. Certains n'ont pas de thèmes précis, d'autres proposent le travail de certaines catégories sémantiques (ex : les verres, les couverts, les légumes, les

saladiers...). Le but poursuivi est de permettre à la personne souffrant de TED de généraliser ses connaissances : le mot « saladier » désigne non seulement celui qu'elle utilise pour faire la recette mais également les neuf autres représentées sur les images du loto.

Présentation de l'atelier

Dans cette rubrique sont repris de nombreux éléments sur le cadre, le(s) projet(s) et le déroulement général de l'atelier. Des indications anonymisées sur les adolescents participant à l'atelier sont introduites, comme le niveau de compréhension des supports visuels par exemple.

Orthophonie et TED

Cette rubrique est encore en construction. Elle reprend de nombreux éléments du contexte théorique de ce mémoire concernant les personnes porteuses de TED et les troubles d'alimentation auxquelles elles sont confrontées. Elle vise à expliciter le rôle que l'orthophonie peut tenir dans la prise en charge des comportements-défis liés à la situation des repas. Cette partie du site replace ces compétences dans l'ensemble des attributions de l'orthophoniste.

Autres rubriques

Ces rubriques en construction ont par essence vocation à s'enrichir.

- ***Glossaire***

Le glossaire permet de retrouver certains termes, classés par ordre alphabétique, employés dans une autre partie du site. Le choix a été fait de ne pas lier les mots du glossaire et leurs occurrences dans le site car des liens existent déjà entre de nombreuses pages. Des liens supplémentaires auraient alourdi la navigation.

- ***Liens***

Certains sites, mettant en valeur les supports visuels comme aide pour les personnes porteuses de TED, ont été référencés : www.participate.be en est un exemple ou bien www.yourspecialchef.com, qui s'inscrit dans la même démarche que je-ted-a-cuisiner.fr.

- **A lire**

Cette partie du site regroupe des éléments bibliographiques et ne se veut pas exhaustive. Seule une petite partie de la bibliographie du mémoire y est reprise.

Critiques

Le site internet a été créé dans le but de diffuser auprès des parents et des intervenants travaillant avec des personnes porteuses de TED les supports fabriqués pour l'atelier. Nous n'avons eu cette idée qu'en novembre 2011, ce qui a laissé peu de temps pour la réalisation. Le site n'est pas un objectif initial et principal du mémoire, nous le voyons comme un outil de diffusion de notre travail, certes modeste, mais qui peut présenter un intérêt. Nous n'avons encore pas eu le temps, en avril 2012, de le diffuser largement et d'obtenir un grand nombre de critiques. Les séquentiels des recettes ont intéressé deux orthophonistes, qui les ont employé avec des patients aphasiques. Selon elles, ces supports se rapprochent de ceux proposés par exemple dans « Clic Clac » (Orthoeditions) et les ont intéressées grâce à leur clarté et au nombre d'étapes photographiées qui permet de les adapter au niveau du patient. Des étudiantes en quatrième année d'orthophonie ont également critiqué le site : il serait utile de fournir les ingrédients photographiés à part de la recette et de mettre davantage en valeur la rubrique « supports visuels », raison d'être du site, sur la page d'accueil.

Annexe 17 : Lettre d'information préalable à l'équipe du Relais

Objet : appel à contribution dans le cadre d'une recherche sur les troubles d'alimentation d'enfants porteurs d'un trouble envahissant du développement (TED).

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Etudiante en 4^{ème} année d'orthophonie à Lille, j'effectue mon mémoire de fin d'études, qui sera soutenu en juin 2012, sur la place de l'orthophoniste dans la prise en charge des troubles alimentaires des enfants porteurs de TED. Ce travail est mené sous la direction de Madame Diane Marichez, orthophoniste à l'IME le RELAIS.

La notion de troubles alimentaires recouvre des réalités telles que l'hypersélectivité, l'hyper ou l'hyposensibilité, les troubles de la déglutition, les comportements inadaptés en lien avec l'oralité. La partie pratique de mon travail consiste à réaliser une évaluation de l'oralité d'enfants porteurs de TED : un bilan orthophonique des fonctions oro-myo-fonctionnelles (déglutition, sensibilité...) et une évaluation fonctionnelle des comportements lors des repas. Ces évaluations permettront de faire émerger des pistes de remédiation pour certains enfants, le temps imparti pour le mémoire ne nous permettant pas de travailler avec plus de deux enfants. Ce travail pourrait contribuer à améliorer le déroulement des repas ainsi que le rapport des enfants à la nourriture.

La première partie de ce projet repose sur une enquête menée auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Afin de cerner les difficultés liées à l'alimentation, je souhaiterais réaliser un questionnaire. Ce questionnaire peut être complété par un ou plusieurs membres de l'équipe, par groupe d'accueil. Les réponses permettront d'obtenir une vision d'ensemble des problèmes alimentaires et de sélectionner deux enfants pour mener un travail d'évaluation plus précise puis de remédiation. C'est également à partir des réponses aux questionnaires que sera établie une grille d'observation pour chacun des deux enfants.

Vous remerciant d'avance pour le temps que vous pourrez consacrer à ce questionnaire, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de mes respectueuses salutations.

Gersende Delplancq