

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Marie GOMBERT

soutenu publiquement en juin 2021

**Observation d'un temps de repas chez l'enfant de
moins de 36 mois.
Elaboration d'un référentiel basé sur les preuves de la
littérature.**

MEMOIRE dirigé par

Françoise COQUET, Orthophoniste formatrice, CUINCY

Audrey LECOUFLE, Orthophoniste, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU, LILLE

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mes co-directrices de mémoire, mesdames Françoise COQUET et Audrey LECOUFLE de m'avoir guidée et accompagnée durant ces deux années. Merci pour votre bienveillance, votre disponibilité et vos précieux conseils lors de chaque étape de mon travail.

Je remercie également Emilie De Laitre de m'avoir permis de prendre la suite de son travail et pour son aide dans le démarrage de mes recherches.

Merci aux orthophonistes m'ayant accueillie en stage de m'avoir transmis leur savoir-faire, leur professionnalisme et leur passion pour le métier. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée.

Je remercie aussi l'ensemble des patients que j'ai rencontrés et qui m'ont permis de devenir qui je suis aujourd'hui.

J'adresse un merci tout particulier à ma famille, pour leur soutien sans faille du début à la fin de mes études. Merci d'avoir été là dans les bons moments comme dans les plus difficiles.

Merci à mes ami(e)s, et plus particulièrement à Léa, Bertille, Doriane et Cindy, d'avoir vécu ces belles années à mes côtés. Je vous souhaite d'être d'aussi bonnes collègues orthophonistes que nous l'avons été en tant qu'étudiantes.

Enfin, merci à Paul, pour tes talents en informatique, mais aussi et surtout pour ta patience et ton soutien inconditionnels.

Résumé :

Dans un précédent mémoire de recherche, l'absence d'outil orthophonique étayant l'observation d'un temps de repas chez l'enfant de moins de 36 mois a été constatée. Ce type d'outil s'avère pertinent dans le cadre du bilan des troubles alimentaires pédiatriques et nécessite un appui sur les données de la littérature, afin de s'inscrire dans une démarche d'evidence-based practice (EBP). Le but de ce mémoire était d'analyser les publications scientifiques en lien avec les habiletés alimentaires chez l'enfant à l'aide de grilles de lecture et de proposer un référentiel d'acquisition de ces compétences en fonction de repères d'âges développementaux. Ce tableau de référence se décline en plusieurs sous-catégories d'habiletés et indique si un comportement est généralement observé, en cours d'acquisition ou d'estompage ou s'il constitue un signe d'alerte à un âge donné. Il vient en complément des grilles d'observation du temps de repas proposées dans la nouvelle version de l'outil EVALO BB (Coquet, Roustit, & Ferrand, 2021). Ce mémoire discute de l'apport de ce référentiel dans la littérature et dans la pratique clinique, des limites et des éventuelles perspectives de ce travail.

Mots-clés :

Oralité, nourrisson, référentiel, EBP.

Abstract :

In a previous research, the absence of a speech therapy tool supporting the observation of mealtime in children under 36 months of age was noted. This type of tool is relevant in the context of the assessment of pediatric feeding disorders and needs to be supported by data from the literature in order to be part of an evidence-based-practice (EBP) approach. The aim of this work was to analyze the scientific publications related to eating skills in children using reading grids and to propose a reference table for the acquisition of these skills according to developmental age benchmarks. This reference table is broken down into several sub-categories of skills and indicates whether a behavior is generally observed, in the process of being acquired or fading, or whether it constitutes a warning sign at a given age. It supplements the mealtime observation grids proposed in the new version of the EVALO BB tool (Coquet, Roustit, & Ferrand, 2021). This study discusses the contribution of this reference tool in the literature and for clinical practice, the limitations and possible perspectives of this work.

Keywords :

Feeding, infant, reference table, evidence-based-practice.

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	2
.1. Recommandations dans la pratique professionnelle.....	2
.1.1. La pratique fondée sur les preuves (Evidence Based Practice).....	2
.1.2. Méthodes d'élaboration des recommandations professionnelles	2
.1.2.1. Quatre types de méthodes	2
.1.2.2. Principes des RPC	3
.1.3. Besoins des cliniciens dans la pratique orthophonique	3
.1.4. Guides et recommandations en lien avec l'oralité.....	3
.2. Elaboration d'un référentiel.....	4
.2.1. Définition d'un référentiel	4
.2.2. Repères en âges développementaux	4
.2.2.1. Outils d'évaluation du développement global et de la communication adossés en âges développementaux.....	5
.2.2.2. Outils d'évaluation des habiletés alimentaires adossés en âges développementaux	5
.2.3. Items décrivant un comportement	5
.2.4. Items en lien avec l'observation d'un temps de repas	6
.2.5. Format d'un référentiel	6
.3. Méthodologie de la stratégie de recherche	6
.3.1. Cadre général	7
.3.2. L'identification des informations.....	7
.3.3. La sélection des articles	7
.3.4. L'analyse des articles	8
.3.5. Notion de niveau de preuves	8
.4. Buts et hypothèses	10
Méthode	11
.1. Analyse des articles	11
.1.1. Construction d'une grille de lecture	11
.1.2. Sélection des articles	12
.1.3. Procédures d'analyse	12
.1.3.1. Analyse des articles originaux et revues de la littérature	12
.1.3.2. Analyse des documents de recommandations	13
.1.3.3. Analyse des revues systématiques.....	13
.1.3.4. Analyse des ouvrages	13
.1.4. Attribution d'un niveau de preuve.....	14
.1.5. Collecte des données	14
.1.5.1. Données relatives à la publication de l'article	14

.1.5.2.	Données relatives au contenu de l'article.....	14
.2.	Elaboration du référentiel	15
.2.1.	Contenu du référentiel	15
.2.2.	Format du référentiel	15
Résultats	16
.1.	Résultats de la recherche bibliographique.....	16
.1.1.	Présentation des documents consultés.....	16
.1.1.1.	Documents issus des recherches précédentes (E. De Laitre, 2019)	16
.1.1.2.	Documents issus des nouvelles recherches	16
.1.2.	Inclusion et exclusion des données.....	17
.1.2.1.	Sources incluses dans la base de données	17
.1.2.2.	Sources incluses dans la base de données en l'absence de meilleures preuves.....	17
.1.2.3.	Cas particulier des ouvrages scientifiques	18
.1.2.4.	Sources exclues	19
.1.3.	Extraction des informations utiles à l'élaboration du référentiel	19
.1.4.	Définition des âges repères.....	20
.1.4.1.	Procédure générale	20
.1.4.2.	Âges repères issus des sources incluses	20
.1.4.3.	Âges repères issus des sources de fiabilité discutables.....	21
.1.4.4.	Résultats du référencement des comportements	21
.1.4.5.	Résultats en fonction des âges donnés	22
.1.5.	Formulation des items	22
.2.	Construction du référentiel	23
.2.1.	Référentiel	23
.2.1.1.	Titre et mise en page	23
.2.1.2.	Répartition des items.....	23
.2.2.	Légende	24
.2.3.	Page introductive	24
.2.4.	Glossaire	24
Discussion	25
.1.	Analyse des résultats	25
.1.1.	Rappel des principaux objectifs.....	25
.1.2.	Résultats de l'analyse de la littérature	25
.1.3.	Résultats apportés à l'élaboration du référentiel	26
.2.	Apports dans la littérature.....	26
.3.	Apports dans la pratique clinique	27
.3.1.	Rappel de la finalité du mémoire.....	27
.3.2.	Réponses aux besoins des cliniciens	27

.3.3.	Etayage des grilles d'observation d'EVALO BB	27
.3.3.1.	Grilles d'observation du temps de repas (EVALO BB)	27
.3.3.2.	Utilisation du référentiel dans le cadre d'EVALO BB	28
.4.	Limites de l'étude	28
.4.1.	Limites concernant l'analyse de la littérature	28
.4.2.	Limites concernant l'établissement du référentiel	29
.5.	Perspectives	29
	Conclusion	30
	Bibliographie.....	31
	Liste des annexes.....	34

Introduction

D'après le consensus américain de 2019, les troubles alimentaires pédiatriques sont définis comme une altération de l'ingestion des aliments non appropriée à l'âge et associée à des problèmes médicaux, nutritionnels, des compétences alimentaires et/ou à un dysfonctionnement psychosocial. On parle de troubles alimentaires aigus lorsque leur durée est comprise entre deux semaines et trois mois et chroniques lorsqu'ils perdurent au-delà de trois mois. On ne peut poser de diagnostic de troubles alimentaires pédiatriques qu'en l'absence de troubles de l'image corporelle afin de les distinguer de l'anorexie (Goday et al., 2019).

Ces troubles touchent entre 25 % et 50 % des enfants ayant un développement normal et 80 % des enfants présentant un retard de développement (Bryant-Waugh et al., 2010 ; cités par Phalen, 2013). Dans le champ de l'orthophonie, décrire précisément les facteurs observés dans le développement normal de l'oralité alimentaire chez le jeune enfant permet d'établir des repères pour procéder à des comparaisons à la trajectoire développementale. Ces comparaisons permettent d'orienter au mieux le diagnostic orthophonique et la prise en soin qui en découle.

Dans le cadre du bilan orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire, l'analyse d'un temps de repas est une composante essentielle permettant d'observer les capacités motrices orales du nourrisson / de l'enfant, ses compétences sensorielles, et d'apprécier son attrait pour la nourriture, son envie de toucher et de goûter les aliments présentés (Borowitz & Borowitz, 2018). Cela permet d'observer également l'environnement de l'enfant, son installation, ses réactions ainsi que les interactions avec ses parents (Arvedson, 2008).

Dans le cadre d'un précédent mémoire d'orthophonie, il a été fait le constat que très peu d'outils standardisés sont à disposition de l'orthophoniste pour l'observation d'un temps de repas. Des recherches portant sur ce sujet ont permis de référencer des informations théoriques dans l'objectif de créer un tableau de référence, adossé à des âges repères de développement. Un premier travail de relevé des compétences de l'enfant a été établi en se basant sur trois thématiques : l'observation des compétences motrices en lien avec l'alimentation, l'observation de la situation d'alimentation et l'observation des interactions entre le(s) parent(s) et l'enfant (De Laitre, 2019).

Dans la littérature scientifique, un référentiel est un document permettant l'accès à des informations autour d'une thématique ciblée (Vanel, 2017). Dans l'optique de proposer un référentiel fiable, il est important de se baser sur une revue de la littérature rigoureuse et exhaustive (Haute Autorité de Santé ou HAS, 2013). La réalisation de ce mémoire, « Observation d'un temps de repas chez l'enfant de moins de 36 mois - Elaboration d'un référentiel basé sur les preuves de la littérature », s'inscrit dans la continuité du travail effectué antérieurement.

Ce mémoire comporte deux objectifs principaux : analyser les preuves de la littérature actualisées en lien avec l'observation d'un temps de repas chez l'enfant de moins de 36 mois, et établir un référentiel à disposition des cliniciens permettant d'étayer cette observation.

Contexte théorique, buts et hypothèses

Cette première partie a pour but de présenter la notion de pratique fondée sur les preuves et les recommandations dans la pratique clinique, les enjeux de l'élaboration d'un référentiel étayant l'observation d'un temps de repas chez l'enfant de moins de 36 mois ainsi que la méthodologie de la stratégie de recherche qui y est associée.

.1. Recommandations dans la pratique professionnelle

.1.1. La pratique fondée sur les preuves (Evidence Based Practice)

« La médecine fondée sur des données probantes (Evidence Based Medicine ou EBM) est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles pour prendre des décisions au sujet des soins aux patients. La pratique de l'EBM implique l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes disponibles. Par expression clinique individuelle, on entend la compétence et le jugement que les cliniciens individuels acquièrent par l'expérience clinique et la pratique clinique. Cette expertise se reflète de plusieurs façons, mais surtout par un diagnostic plus efficace et par l'identification plus réfléchie et le respect des droits et des préférences des patients dans la prise de décisions cliniques au sujet des soins. » (Sackett et al., 1996, p. 71).

Ce concept est donc basé sur les trois grands principes que sont l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles de la recherche clinique et les préférences du patient. Il s'est étendu à d'autres domaines comme les professions paramédicales de la santé ou le domaine de l'éducation. Dans le cadre d'une rééducation orthophonique par exemple, on parle d'« Evidence Based Practice » (ou EBP) signifiant « pratique fondée sur des données probantes » ou « pratique fondée sur des preuves ». Ce concept aide à la prise de décisions dans la pratique et fait l'objet de cinq étapes : la formulation d'une question de pratique ; la recherche des meilleures données probantes ; l'évaluation de la validité et l'applicabilité des données de recherche ; la mise en œuvre d'une décision de pratique après intégration des données de recherche aux caractéristiques, aux préférences et aux valeurs des patients ; et l'évaluation des résultats (Mullen, 2004 ; Shlonsky & Gibbs, 2004 ; Thyer, 2006 ; cités par Parish, 2018).

Une manière d'appliquer la pratique fondée sur des preuves est l'utilisation de recommandations professionnelles qui traitent de cas de figures précis dans les pratiques médicales et paramédicales.

.1.2. Méthodes d'élaboration des recommandations professionnelles

.1.2.1. Quatre types de méthodes

Il existe quatre types de méthodes d'élaboration des recommandations professionnelles : les « recommandations pour la pratique clinique » (RPC), la « conférence de consensus » (CdC), le « consensus formalisé » (CF) et la méthode « audition publique ». (HAS, 2006)

La méthode RPC est la méthode à préférer. Elle aboutit à la rédaction et à la gradation de recommandations par un groupe de travail composé d'experts et non-experts, sur la base d'une analyse critique des données disponibles sur un sujet défini dans la littérature.

En ce qui concerne la méthode CdC, elle consiste en la rédaction et la gradation de recommandations par un jury non-expert du thème traité, basée sur des échanges préalables

avec un groupe d'experts au cours d'une réunion publique. Cela concerne des sujets pour lesquels les données sont absentes ou insuffisantes dans la littérature. La méthode CF permet la rédaction de recommandations à partir de l'avis et l'expérience pratique d'un groupe de professionnels. Ces recommandations concernent davantage des situations cliniques concrètes. Les données qui sont prises en compte sont généralement controversées. Enfin, la méthode « audition publique » consiste en l'analyse de données scientifiques et d'un état des lieux des connaissances, basés sur des interactions lors d'une réunion cadrée entre experts et patients. Elle aboutit à la rédaction d'un rapport de recommandations sur un thème donné.

Ces quatre méthodes requièrent en premier lieu la réalisation d'une analyse critique de la littérature disponible sur le thème à traiter.

.1.2.2. Principes des RPC

Les RPC ont pour objectif d'aider les professionnels des soins de santé et les patients dans la prise de décisions cliniques et de réduire les variations dans les pratiques professionnelles, tout en étant en accord avec les niveaux de preuves identifiés ou avec des avis consensuels d'experts. Elles traitent de thèmes de santé publique dont les données disponibles nécessitent le questionnement et la mise en accord des professionnels concernés (Hoffmann & Buchan, 2013 ; HAS, 2016).

L'observation d'un temps de repas chez l'enfant dans le cadre du bilan des troubles de l'oralité alimentaire ou troubles alimentaires pédiatriques est un thème en lien avec ces problématiques. L'un des objectifs de ce mémoire est d'obtenir un référentiel qui s'inscrit dans la philosophie de cette démarche.

.1.3. Besoins des cliniciens dans la pratique orthophonique

Dans le domaine de l'orthophonie, il est encore difficile à l'heure actuelle de s'appuyer sur les meilleures données probantes de la littérature dans le cadre de la pratique clinique. Les compilations de littérature, les guides et recommandations sont peu nombreux. Loirat (2000) démontre la demande des professionnels en termes d'outils qui pourraient faciliter leurs prises de décisions tout en respectant la pratique basée sur les preuves.

Une étude de Fulcher-Rood et al. (2020) démontre que les orthophonistes utilisent davantage l'EBP dans le cadre de la rééducation que dans celui de l'évaluation. D'une manière générale, elle met l'accent sur leurs difficultés à s'approprier cette approche notamment par manque de temps. La plupart des cliniciens se tournent vers l'EBP lorsqu'ils manquent d'expertise face à une situation clinique et non de manière systématique.

Une autre étude s'intéresse aux recommandations pour la pratique clinique et au rôle qu'elles peuvent jouer dans la sensibilisation des orthophonistes au recours à une démarche EBP. Celle-ci aboutit à la conclusion d'un besoin de renforcer les liens entre théorie et pratique en orthophonie, en passant par la diffusion massive des RPC et une consultation systématique de ces données par les cliniciens (Maillart & Durieux, 2014).

.1.4. Guides et recommandations en lien avec l'oralité

Dans le champ de l'oralité alimentaire, le manque de références complique la mise en place d'une pratique de type « EBP ». La plupart des cliniciens s'appuient sur leur intuition clinique, notamment précisément lors du bilan des troubles de l'oralité alimentaire chez le jeune

enfant. Il n'existe pas d'outil standardisé adossé à des âges repères de développement s'appuyant sur la littérature, qui soit utile au bilan des troubles de l'oralité ou plus précisément dans le cadre de l'observation d'un temps de repas. Ceci est dû au manque d'articles et de recommandations sur le sujet, notamment en langue française.

Dans les guides et recommandations publiés par la HAS, les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant sont cités à plusieurs reprises. En effet, on retrouve cette notion dans dix-neuf documents traitant de divers syndromes (Rett, Prader-Willi, Noonan, ...), des recommandations en lien avec des protocoles médicaux (indications de gastrostomie, ...), ou des maladies rares (atrésie de l'œsophage, hernie diaphragmatique, ...). Les indications de prise en charge orthophonique y sont mentionnées. Cependant, aucun document n'étaye précisément l'observation d'un temps de repas nécessaire au diagnostic et à la prise en charge de ces troubles. Un référentiel compilant les données existantes pourrait faciliter la mise en place d'une pratique fondée sur les preuves dans le domaine de l'oralité alimentaire.

.2. Elaboration d'un référentiel

Le manque de recommandations et de référentiels étayant des situations pratiques est notable en orthophonie, notamment dans le domaine des troubles de l'oralité alimentaire. Notre sujet d'étude est concerné par ces besoins de la part des praticiens. Dans un souci de répondre aux principes de la pratique fondée sur les preuves, la mise à disposition d'un référentiel étayant l'observation d'un temps de repas chez l'enfant de moins de 36 mois serait pertinente.

.2.1. Définition d'un référentiel

D'une manière générale, un référentiel est « un ensemble de bases de données contenant les références d'un système d'information. Il organise les données et les métadonnées des systèmes, en garantissant la qualité de l'information qu'il contient. C'est l'information de référence. Il constitue un jeu de données, suffisamment fiables, pour qu'elles puissent être ouvertes, réutilisées et enrichir d'autres données, avec lesquelles il peut être aligné. C'est la colonne vertébrale d'un système d'information. Dans la mesure du possible toute information qui doit être normalisée, doit y être liée. » (Vanel, 2017, p.3)

Les référentiels existant dans la littérature scientifique ont des buts variés. Les méthodes que nous présentions précédemment, au même titre que les protocoles et les procédures opératoires standardisées ont pour but d'améliorer la pratique clinique en établissant un lien avec les données de la littérature. Les lignes directrices sont quant à elles utilisées comme fils conducteurs dans le cadre des professions paramédicales, les manuels d'accréditation ont pour but d'améliorer l'organisation d'une prise en charge globale et les références médicales opposables sont utiles à la maîtrise des coûts (Loirat, 2000).

.2.2. Repères en âges développementaux

L'âge développemental correspond à l'âge équivalent d'un enfant selon l'évaluation de son développement, il concerne la motricité globale et fine, le langage, l'aspect perceptivo-cognitif, les activités du quotidien, le jeu et l'aspect socio-affectif (Mohammed, 2020). Les étapes de développement dans la petite enfance et l'enfance sont régies par des lois qui suivent une trame prévisible et structurée. Celles-ci permettent de situer l'enfant dans son évolution selon une norme (Lipsitt, 1998 ; Mink & Zinner, 2010).

.2.2.1. Outils d'évaluation du développement global et de la communication adossés en âges développementaux

Plusieurs outils d'évaluation orthophoniques existant à l'heure actuelle sont adossés à des âges repères, notamment des outils concernant l'émergence du langage oral et de la communication chez le tout-petit. C'est le cas, entre autres, de la batterie d'évaluation du jeune enfant EVALO BB. Celle-ci propose trois protocoles (une anamnèse/observation de l'enfant de moins de 36 mois, un protocole 20 mois et un protocole 27 mois) permettant de poser des hypothèses diagnostiques en vue de prendre une décision d'orientation vers des examens complémentaires ou un éventuel suivi (Coquet, 2010). La plupart des items sont répertoriés dans des tableaux et sont associés à des âges repères de développement, afin de pouvoir situer l'enfant dans une dynamique développementale et de disposer d'un profil de base concernant ses potentialités.

Parmi les autres outils francophones, c'est également le cas des IFDC (Inventaires Français du Développement Communicatif) (Gayraud & Kern, 2010) qui sont des comptes-rendus parentaux permettant de recenser des types et occurrences de gestes, mots et premières phrases chez le nourrisson et de les comparer avec les performances attendues à un âge donné ; et de l'ECSP (Echelle d'Evaluation de la Communication Sociale Précoce) (Guidetti & Tournette, 1995), un outil de diagnostic permettant d'évaluer les compétences communicationnelles du jeune enfant de 3 à 30 mois.

Nous pouvons également citer un outil anglophone, le Fluharty Preschool Speech and Language Screening Test ou Fluharty-2 (Fluharty, 2000) qui est un test de dépistage des troubles du langage et de l'articulation chez l'enfant, basé sur les données de la littérature concernant les âges d'acquisition des habiletés dans ces domaines.

.2.2.2. Outils d'évaluation des habiletés alimentaires adossés en âges développementaux

Il existe également des outils qui concernent plus particulièrement le développement des habiletés alimentaires, en s'appuyant sur des repères d'âges développementaux. A titre d'exemple, nous pouvons citer un outil anglophone : le Child Oral and Motor Proficiency Scale (ChOMPS) (Sanchez & Morgan, 2018), un questionnaire parental destiné à évaluer les habiletés alimentaires chez l'enfant de six mois à sept ans ayant une alimentation en morceaux.

L'Echelle d'alimentation de l'Hôpital de Montréal pour Enfants (HME) ou Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-Feeding Scale) (Ramsay et al., 2011) est une échelle bilingue sous la forme d'un questionnaire parental, permettant de repérer les difficultés alimentaires chez l'enfant de six mois à six ans.

.2.3. Items décrivant un comportement

Les comportements présents chez l'enfant sont l'ensemble des faits observables de la part de l'enfant dans son environnement, par exemple observer, jouer, interagir. Ils peuvent être qualifiés de positifs / adaptés ou négatifs / inadaptés et sont généralement la conséquence d'un événement déclencheur. Il est possible de quantifier la fréquence et de déterminer le contexte d'apparition de ces comportements. Leur observation au quotidien permet de situer l'enfant par rapport à une norme développementale en fonction de son âge. De ce fait, un comportement interpellant ou inhabituel, mais aussi l'absence d'un comportement attendu doit interroger sur

un éventuel écart à la norme (Comité départemental de la réflexion Petite Enfance, 2014). L'analyse comportementale (ou « behavior analysis ») est une branche scientifique qui permet d'en décrire les mécanismes. Elle étudie les relations entre l'environnement et le comportement en s'appuyant sur la situation et les stimulus qui précèdent ce comportement et ses conséquences (Farhooody, 2012).

.2.4. Items en lien avec l'observation d'un temps de repas

L'observation d'un temps de repas chez l'enfant implique de nombreux facteurs qui ont été décrits dans les travaux précédents (De Laitre, 2019). C'est pourquoi, dans le cadre de l'élaboration d'un référentiel étayant cette observation, les paramètres entrant en jeu sont nombreux.

Trois thématiques ont été définies dans la recherche précédente : l'observation des habiletés alimentaires de l'enfant, l'observation de la situation d'alimentation au cours d'un repas et l'observation des interactions entre le(s) parent(s) et l'enfant. Les items concernant les habiletés alimentaires peuvent eux-mêmes être classés en différentes catégories d'habiletés, décomposées en plusieurs items. Un premier référencement a été proposé par E. De Laitre (2019), cependant ce dernier n'est pas exhaustif. Certaines données n'ont pas pu être répertoriées, notamment celles concernant les items « sein », « biberon » et « fourchette ». D'autres données nécessitent des recherches approfondies ainsi qu'une réorganisation en différentes catégories.

.2.5. Format d'un référentiel

Dans une démarche de référencement de données, le format qui semble le plus pertinent est la répartition d'items dans un tableau. Dans le mémoire précédent, les recherches ont donné lieu à plusieurs choix dont nous avons présenté les aspects théoriques ci-dessus : l'établissement d'une échelle selon des âges de repères développementaux (2.2), avec des items renvoyant à un comportement (2.3), en lien avec l'observation d'un temps de repas (2.4). Ces données peuvent être présentées sous la forme d'une grille mettant en parallèle des comportements possiblement observés et des tranches d'âges de développement.

.3. Méthodologie de la stratégie de recherche

La création d'un référentiel s'appuie en premier lieu sur une recherche des données probantes de la littérature, et notamment sur le niveau de preuve des essais. Elle concerne particulièrement les revues systématiques, les méta-analyses, mais aussi la « littérature grise » (Loirat, 2000). En effet, ce travail de recherche est indispensable pour garantir la qualité d'une analyse de la littérature et permettre la rédaction de recommandations et références médicales ou professionnelles (HAS, 2013). Ce travail implique des risques à éviter : ignorer des études considérées comme « importantes » et ne pas prendre en compte la qualité des publications étudiées.

L'analyse de la littérature se fait en quatre étapes successives : l'identification des informations, la sélection des articles à étudier, l'analyse des articles en lien avec leur niveau de preuves et la synthèse de la littérature et la rédaction des recommandations.

.3.1. Cadre général

Il est possible de répertorier toutes les informations disponibles sur un sujet par deux approches différentes. Ce travail peut être réalisé sous la forme d'une revue de la littérature ou d'une revue systématique. D'une part, la revue systématique pose souvent une question précise et implique une stratégie de recherche explicite. Les sources exploitées sont étendues et leur sélection est basée sur des critères et appliquée uniformément. L'évaluation critique de cette revue est rigoureuse, celle-ci est généralement fondée sur les preuves. D'autre part, une revue de la littérature contient souvent un thème large, vaste. Les sources, la recherche des sources et leur sélection sont généralement non spécifiées et potentiellement biaisées. L'évaluation des données est variable, cette revue n'est effectivement pas systématiquement fondée sur les preuves (Cook et al., 1997).

Le but de ce mémoire est d'appliquer la méthodologie la plus rigoureuse et d'éviter les potentiels biais dans l'analyse de la littérature, afin de proposer un référentiel fondé sur les preuves. La méthodologie à mettre en œuvre se rapproche de celle définie dans l'élaboration d'une revue systématique.

.3.2. L'identification des informations

L'étape d'identification des informations a pour but de repérer les données pertinentes des articles. Elle s'appuie sur deux outils à maîtriser : les bases de données et les mots clés. Elle se déroule en deux phases.

L'étape préalable est une étape de faisabilité. Le chercheur s'interroge sur le nombre approximatif de références en lien avec le thème étudié et sur la possibilité d'exploiter ces données. Cela permet notamment de préciser le sujet du travail de recherche. Ensuite, des critères d'inclusion et d'exclusion peuvent être définis pour l'élaboration de l'étape suivante (la langue, la date de publication, le type de recherche).

La seconde étape consiste en l'élaboration des stratégies de recherche documentaire. Elle concerne la recherche de l'ensemble des documents déjà existants sur le sujet (CdC, RPC, CF, revues systématiques, méta-analyses et articles), des recherches complémentaires et des mises à jour sur le sujet. Elle nécessite l'utilisation de différentes banques de données conformément aux recommandations de la HAS portant sur les sources d'informations. D'autres banques peuvent être utilisées en fonction du sujet d'étude. La littérature grise, non référencée dans les catalogues officiels ainsi que les sommaires de revues doivent également être étudiés (HAS, 2000).

.3.3. La sélection des articles

Cette étape primordiale consiste à sélectionner les articles qui vont être retenus ou non pour la collecte des données de la littérature. Elle tient compte pour chaque article de la présence ou non d'un résumé, de l'accessibilité et/ou du coût des documents, du temps alloué à cette recherche et de la qualité de la revue où a été publié l'article.

En premier lieu, le titre doit évoquer l'intérêt de l'article. Si un résumé est présent, il doit démontrer l'utilité des résultats de cette étude pour notre recherche. Si ces deux composantes sont pertinentes, on s'intéresse à la section « matériel et méthodes » (HAS, 2000).

Les critères de sélection suivants sont définis au terme de cette analyse : le type de document, le type de publication, le type d'étude, la méthodologie de l'étude, la population étudiée. Ils sont directement communiqués dans la revue de la littérature.

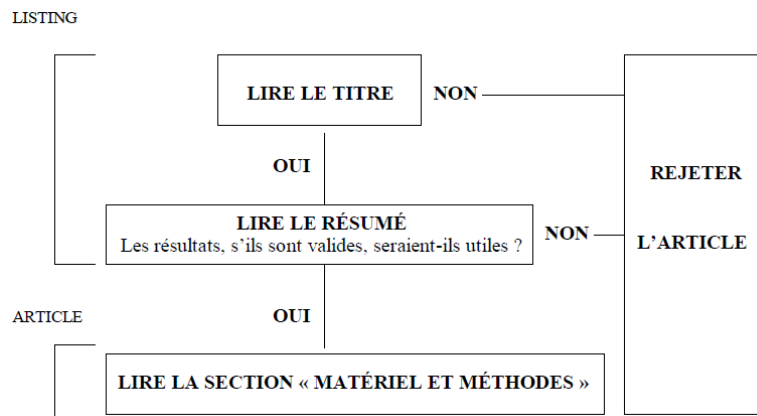


Figure 1. Les étapes de sélection d'un article (HAS, 2000).

.3.4. L'analyse des articles

Cette étape d'analyse des articles garantit la qualité d'une revue de littérature ou d'un document de recommandations. Les objectifs principaux sont l'appréciation de la crédibilité de la publication et la définition de l'applicabilité des informations.

Plusieurs méthodes ont été proposées dans la littérature en ce qui concerne cette étape. La HAS s'appuie sur les travaux de l'Université McMaster d'Hamilton (Canada). La méthode qu'elle propose repose sur l'utilisation de différentes grilles de lecture en fonction du type d'article analysé. Les articles pré-sélectionnés sont étudiés via des grilles de lecture en fonction de leur nature. Ces dernières ont pour but de conserver uniquement les informations essentielles de façon homogène pour tous les articles, et de faciliter leur analyse (HAS, 2000).

Malinovsky et al. (2000) proposent également une procédure concernant la lecture critique d'articles scientifiques, afin de leur attribuer une valeur et de les classer dans une échelle de niveau de preuves. Cette procédure en douze étapes rejoint la méthode de la HAS et vient la compléter sur certains points.

1. La question est-elle clairement posée ?
2. La méthode est-elle adaptée aux objectifs ?
3. La population étudiée est-elle clairement identifiée ?
4. La population témoin est-elle clairement identifiée ?
5. La taille des échantillons est-elle adaptée ?
6. Les variables analysées sont-elles clairement identifiées ?
7. Le choix des variables est-il adapté aux objectifs ?
8. La durée de suivi est-elle suffisante ?
9. Les méthodes statistiques sont-elles appropriées ?
10. Les résultats sont-ils présentés de façon claire, détaillée et objective ?
11. Les conclusions sont-elles validées ?
12. L'impact de l'article est-il important ?

Figure 2. Aide à la lecture critique d'une publication médicale (Malinovsky et al., 2000).

.3.5. Notion de niveau de preuves

A l'issue de cette analyse, une décision d'utiliser effectivement l'article doit pouvoir être prise en se basant sur son niveau de preuves. Il faut préciser pour quelle question des « recommandations et références médicales ou professionnelles » et pour quel type d'information spécifique cet article peut être intéressant.

Selon les recommandations de la HAS (2013), le niveau de preuves d'une étude dépend de sa nature. La hiérarchisation des preuves de chaque étude est donc une notion fondamentale en EBP (Guyatt et al., 2008 ; cités par Maillart & Durieux, 2014). Selon les données de la revue Cochrane Canada Francophone, les données les plus probantes concernent les études cliniques approchées, en particulier les essais cliniques randomisés et les revues systématiques. D'autres articles confirment la pertinence de ces deux types d'études, les essais contrôlés randomisés traitant d'un groupe ayant recours à un traitement en comparaison avec un groupe témoin, et les synthèses méthodiques (ou méta-analyses) traitant des données de plusieurs essais contrôlés randomisés. Il est important d'analyser chacune de ces études de manière rigoureuse avant de pouvoir appliquer leurs résultats dans la pratique clinique (Straus et al., 2011 ; Durieux et al., 2013 ; cités par Maillart & Durieux, 2014). Selon la HAS (2013), il existe précisément quatre niveaux de preuve scientifique associés aux types d'études d'après le grade des recommandations présenté dans la Figure 3.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 3. Niveau de preuve et grade des recommandations (HAS, 2013).

Cette première partie du mémoire nous a permis d'aborder la notion d'EBP et de mettre avant le fait que cette pratique est encore très peu utilisée dans la pratique orthophonique et plus particulièrement dans le domaine de l'oralité alimentaire. En effet, la plupart des cliniciens s'appuient en grande partie sur leur intuition clinique notamment lors de l'évaluation, en raison du manque d'outils psychométriques étalonnés à leur disposition. Afin d'évaluer l'enfant dans une dynamique développementale, il est néanmoins possible d'utiliser des âges « repères » à partir du développement normal des compétences décrit dans la littérature.

Ce type de repères pourrait être proposé dans le référentiel étayant l'observation du temps de repas chez le tout-petit. Le support serait utilisé comme base de référence des compétences de l'enfant tout-venant en fonction de son âge développemental. Afin de proposer un outil de qualité, comme nous avons pu le décrire ci-dessus, le référencement des données requiert une analyse critique des informations sur le sujet et l'identification de leur niveau de preuve.

.4. Buts et hypothèses

Les objectifs de ce mémoire consistent en l'analyse critique de la littérature concernant les données en lien avec le temps de repas chez l'enfant de moins de 36 mois et la mise à disposition des cliniciens d'un support regroupant les données disponibles sur le sujet.

La tranche d'âge de 6 à 24 mois déterminée dans le mémoire précédent est justifiée comme allant du début de la diversification alimentaire jusqu'à l'âge où la mastication est considérée comme efficace (De Laitre, 2019). Dans la pratique orthophonique, l'outil EVALO BB (Coquet, Roustit, & Ferrand, 2010) que nous citons dans le paragraphe 2.2, cible la tranche d'âge inférieure à 36 mois. Aussi, il serait intéressant d'élargir la tranche d'âge de recherche proposée par E. De Laitre dans son mémoire, afin de suivre cette même démarche. Ceci permettrait de balayer la période précédant la diversification alimentaire, ce qui serait pertinent notamment concernant les enfants dont le passage à cette étape du développement s'avère compliquée, mais également concernant les enfants ayant un retard développemental engendrant des difficultés alimentaires allant au-delà de l'âge de 24 mois.

Dans l'outil EVALO BB, l'évaluation des compétences et difficultés alimentaires est abordée, au même titre que d'autres axes d'évaluation du jeune enfant. Cet outil fait l'objet d'une réédition étoffée et actualisée avec l'ajout d'un protocole « 3ème année » et d'un module spécifique à l'oralité (Coquet, Roustit, & Ferrand, 2021). Dans ce module sera intégrée, en plus de comptes rendus parentaux, de grilles d'anamnèse et de situations d'observation sur critères, l'observation d'un temps de repas. Lors de cette observation, trois focalisations sont retenues : celle du cadre général du repas, des interactions entre l'aidant et l'enfant et celle du développement des habiletés alimentaires mis en perspective avec des âges repères. Ainsi, la création d'un référentiel permettrait d'apporter des données complémentaires à cet outil d'observation sous forme de repères en âges développementaux, issus des preuves de la littérature.

Nous pouvons émettre deux hypothèses :

- Il existe suffisamment de données dans la littérature actuelle en lien avec l'oralité alimentaire chez l'enfant de moins de 36 mois permettant de proposer une analyse de la littérature la plus exhaustive possible, conforme aux recommandations de la HAS, qui s'inspire des exigences requises pour l'élaboration de recommandations dans la pratique clinique orthophonique.
- Il est possible de créer un référentiel basé sur les données de cette analyse de la littérature adossé à des âges de repères développementaux dont les items correspondent à des comportements observables lors d'un temps de repas. Ce référentiel cible la tranche d'âge de 0 à 36 mois au même titre que l'outil EVALO BB (Coquet, Roustit, & Ferrand, 2010 ; réédition complétée, 2021).

Méthode

.1. Analyse des articles

.1.1. Construction d'une grille de lecture

Afin d'anticiper l'analyse des documents obtenus et dans un souci d'homogénéité, un outil commun à la plupart des articles est créé. Il s'inspire des différentes informations concernant l'analyse critique d'articles et l'attribution de niveaux de preuves issues des divers documents présentés dans notre partie théorique. Dans un premier temps, la lecture approfondie de ces documents permet d'extraire 21 critères d'analyse. En annexe 1, un tableau décrit la signification de chaque critère ainsi que les sous-critères s'ils existent. Un extrait de ce tableau est présenté dans la figure 4.

Numéro	Critère	Description
1	Le titre est clair	Le titre doit évoquer l'intérêt de l'article (HAS, 2000)
2	Le résumé est clair et informatif	Si un résumé est présent, il doit démontrer l'utilité des résultats de cette étude pour notre recherche (HAS, 2000)
3	L'introduction est simple, logique, informative	(HAS, 2000)
4	La question est clairement posée	L'introduction doit se terminer par une question claire, précise et unique (Malinovsky, 2000)
5	Les objectifs de l'étude / de la revue de littérature sont clairement exposés	Explication de l'hypothèse à tester Exposition de la question et segmentation en sous-questions très précises Prise en compte des paramètres de jugement Définition claire du champ étudié (HAS, 2000)
6	L'auteur décrit ses sources de données (<i>revue de la littérature</i>)	Indication de l'origine des données (littérature, enquêtes spécifiques, expérience ou avis personnel). Indication des procédures utilisées pour obtenir ces informations : banques de données interrogées et critères d'interrogation, stratégie de recherche documentaire, revue systématique de journaux faisant autorité, protocole des études réalisées, etc. (HAS, 2000)

Figure 4. Extrait du tableau de description des critères de la grille de lecture.

Dans un second temps, ces critères répertoriés sous forme de phrases affirmatives permettent la création de la grille de lecture. Cet outil balaye à la fois les critères d'analyse d'un article scientifique avec un score pour chaque critère, et permet d'avoir une trace écrite de leur lecture avec les cases « justification ».

La grille construite propose ainsi 21 critères de lecture et d'analyse. Cinq critères sont spécifiques à un type d'article : les critères n° 6, n° 12 et n° 13 concernent uniquement les revues de la littérature, les critères n° 8 et 9 concernent les articles originaux. Trois critères sont à adapter selon le type d'article. En effet, la démarche d'analyse est la même mais le contenu analysé est différent. Cela concerne les critères n°5, n°7 et n°17. Cette grille est présentée en figure 5.

Pour chaque critère, de la même manière que la HAS propose dans ses grilles d'attribuer un score qualitatif « totalement - partiellement - pas du tout », un choix a été fait d'attribuer un score entre 0 et 2, le score de 0 correspondant à un critère non rempli, un score de 1 indiquant que le critère est partiellement rempli, un score de 2 indiquant que le score est totalement rempli. Le champ libre à droite de ce score permet d'effectuer des annotations et de justifier l'attribution de ce score, par le report d'un extrait de l'article correspondant à ce critère, ou un jugement objectif en lien avec ce critère.

Numéro	Critère	Score	Justification
1	Le titre est clair.		
2	Le résumé est clair et informatif.		
3	L'introduction est simple, logique, informative.		
4	La question est clairement posée.		
5	Les objectifs de l'étude / de la revue de littérature sont clairement exposés.		
6	L'auteur décrit ses sources de données (<i>revue de la littérature</i>).		
7	Les critères d'inclusion et d'exclusion de la population / des articles sont décrits.		
8	La population témoin est clairement identifiée (<i>articles originaux</i>).		
9	La durée de suivi est suffisante (<i>articles originaux</i>).		
10	Les critères de sélection de la population sont pertinents en ce qui concerne la tranche d'âge.		
11	Les critères de sélection de la population sont pertinents en ce qui concerne le nombre de sujets.		
12	Les études non publiées sont prises en compte (<i>revue de la littérature</i>).		
13	Les modalités de la lecture critique sont précisées (<i>revue de la littérature</i>).		
14	L'auteur présente le matériel et la méthode utilisés pour réaliser la synthèse des résultats.		
15	Les méthodes statistiques sont appropriées.		
16	L'auteur décrit les résultats de façon claire, détaillée et objective.		
17	L'auteur commente la validité des résultats obtenus / des études choisies.		
18	Ses conclusions sont fiables et applicables dans la pratique clinique.		
19	La conclusion répond aux questions posées et ouvre vers d'autres questions.		
20	L'apport des données est pertinent dans la littérature.		
21	La bibliographie est étayée, exacte et respectueuse des normes.		

Figure 5. Grille de lecture et d'analyse des articles.

.1.2. Sélection des articles

Dans un premier temps, notre banque de données inclut les articles ayant été consultés par E. De Laitre (2019) dans l'élaboration de son mémoire de recherche. La bibliographie de ces articles est consultée, et les articles intéressants à la lecture du titre et du résumé sont également inclus.

Dans un second temps, la recherche d'articles concerne les habiletés oro-motrices chez l'enfant de manière générale. Les articles nouvellement inclus dans cette base de données sont sélectionnés par une recherche des mots clés via les moteurs de recherche PUBMED et PsychInfo. En utilisant les mots-clés « child – feeding – habilités » via ces différents moteurs, aucun résultat intéressant n'est obtenu. La recherche est alors élargie avec les mots-clés : « child – feeding ». Certains documents sont ajoutés afin de compléter les recherches (ouvrages, documents de recommandations, articles issus de bibliographies).

La procédure présentée en figure 2. est appliquée et les articles pertinents sont conservés. Chaque article est ensuite lu dans son intégralité et les passages non maîtrisés en langue étrangère sont traduits à partir des traducteurs en ligne DeepL et Reverso.

Enfin, la recherche est davantage ciblée sur les données manquantes dans la précédente base de données (De Laitre, 2019). Suite à la lecture des suggestions et perspectives de cette précédente étude et à une réflexion sur les données manquantes, la recherche est ciblée sur les habiletés de prise alimentaire au sein/au biberon, à la fourchette et sur les habiletés de prise de liquides au verre.

.1.3. Procédures d'analyse

.1.3.1. Analyse des articles originaux et revues de la littérature

Les articles originaux - concernant des études transversales et longitudinales, ainsi que les revues de la littérature sont analysés via la grille de lecture présentée en figure 5. Chaque critère est rempli en respectant scrupuleusement le tableau de description des critères de la grille. La

figure 6 démontre un extrait de cette grille complétée pour l'analyse d'une revue de la littérature.

Feeding Challenges in Young Children - Toward a Best Practices Model. Bruns, & Thompson (2010)			
Revue de la littérature			
Numéro	Critère	Score	Justification
1	Le titre est clair	1	Non révélateur de l'objectif
2	Le résumé est clair et informatif	2	
3	L'introduction est simple, logique, informative	2	Longue mais informative
4	La question est clairement posée	1	
5	Les objectifs de l'étude / de la revue de littérature sont clairement exposés	2	Aperçu d'un des meilleurs modèles de pratiques pour relever les défis de l'alimentation chez les nourrissons et les enfants en bas âge.
6	L'auteur décrit ses sources de données (revue de la littérature)	1	Citées mais non décrites

Figure 6. Extrait de la grille de lecture de l'article de Bruns & Thompson (2010).

.1.3.2. Analyse des documents de recommandations

Les documents de recommandations sont analysés à l'aide de la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille AGREE II). Il s'agit d'un outil générique destiné à faciliter l'élaboration des RPC et l'évaluation de leur qualité méthodologique (The AGREE Research Trust, St George's, University of London). Elle propose 23 critères d'analyse répartis en sous-catégories (champ et objectifs, participation des groupes concernés, rigueur d'élaboration de la recommandation, clarté et présentation, applicabilité, indépendance éditoriale) qu'il convient de noter objectivement de 1 (critère non rempli) à 7 (critère totalement rempli). Un guide de cotation décrit pour chaque critère les éléments sous-jacents à retrouver et dans quelle(s) partie(s) du document de recommandations ils doivent être mentionnés. Pour chaque rubrique une partie est réservée aux commentaires.

.1.3.3. Analyse des revues systématiques

Les articles portant sur une revue systématique font également l'objet d'une analyse. Bien que ce type d'article fasse l'objet d'une méthodologie rigoureuse, on s'intéresse aux critères de sélection des études dont elle fait la compilation des résultats. Si la revue compile uniquement des études ayant niveau de preuve suffisant, une rigueur scientifique lui est attribuée. En revanche, si les études compilées présentent une méthodologie douteuse telles que des études de cas uniques, ceci doit faire l'objet d'une critique. Un outil permet d'analyser la fiabilité d'une revue systématique, il s'agit de la grille PRISMA (Page et al., 2021). Les articles concernés sont analysés à l'aide de cette grille. Elle propose différents critères classés en rubriques (titre, introduction, méthode, résultats, discussion, sources) dont il faut indiquer le respect ou non dans l'article ainsi que la page de l'article à laquelle se trouve l'information.

Afin de mieux nous approprier les critères et de comprendre leur contenu, la « Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses » (Gedda, 2015) est utilisée.

.1.3.4. Analyse des ouvrages

La consultation d'ouvrages scientifiques est recommandée par la HAS (2000) dans le cadre de l'élaboration de recommandations. En effet, celle-ci préconise l'exploitation des données de la littérature grise qui est une littérature non indexée dans les catalogues officiels d'édition et dans les circuits conventionnels de diffusion de l'information. Cette recherche se fait par des contacts directs auprès de sociétés savantes ou auprès d'organismes d'évaluation, par la consultation d'Internet, par la consultation des banques de données de littérature, par l'utilisation d'outils documentaires de type répertoires de recommandations pour la pratique

clinique ou répertoires d'organismes dans le domaine de la santé, ou encore par la recherche d'ouvrages.

Néanmoins, la consultation de ces documents doit être justifiée et le niveau de preuves des informations issues de ce document doit être déterminé. La provenance des données des ouvrages utilisés dans la collecte des données est analysée à travers leur bibliographie.

.1.4. Attribution d'un niveau de preuve

A l'issue de la sélection et de l'analyse critique des documents obtenus, le niveau de preuve et le grade des recommandations sont attribués à chaque article, conformément aux recommandations de la HAS, en se basant sur le tableau présenté antérieurement dans la figure 4.

.1.5. Collecte des données

Les données concernant les documents consultés et leur analyse sont répertoriées dans un tableau, mentionnant les différentes caractéristiques relatives à leur publication et les résultats de leur analyse.

.1.5.1. Données relatives à la publication de l'article

Dans les premières colonnes du tableau, pour chaque document sont mentionnés l'auteur, le titre et le numéro qui lui est attribué afin d'anticiper son inclusion dans le référentiel. L'année de publication est indiquée avec un code couleur, un remplissage vert indiquant un document publié très récemment soit dans les cinq dernières années et un remplissage en rouge indiquant un document relativement ancien soit publié avant l'année 2000. La langue d'écriture de l'article est mentionnée « A » pour les articles anglophones et « F » pour les articles francophones. Les sources de recherche de l'article sont indiquées, elles peuvent correspondre à un moteur de recherche ou à la bibliographie d'un autre article inclus dans la base de données. Les mots clés utilisés pour la recherche sont également précisés. Ils donnent des indications sur la stratégie de recherche, initialement très générale avec des mots clés englobant l'ensemble du développement alimentaire de l'enfant, et en deuxième lieu plus spécifique en fonction des besoins en informations sur une compétence en particulier. Une colonne indique la modalité de publication, soit son apparition dans un ouvrage, une revue scientifique ou encore sur un site internet ; la colonne suivante précisant quant à elle la cible de la publication, soit le type d'étude concernée par l'article ou tout autre donnée contenue dans le document.

Auteur	Titre	N°	Année	Langue	Source	Modalité de publication	Cible
Carruth, B.R., & Skinner, J.D.	Feeding Behaviors and Other Motor Development in Healthy Children (2–24 Months)	2	2002	A	PUBMED	Revue "Journal of the American College of Nutrition"	Etude longitudinale

Figure 7. Extrait du tableau récapitulatif des articles (colonnes 1 à 8).

.1.5.2. Données relatives au contenu de l'article

Les colonnes suivantes du tableau récapitulatif des documents concernent leur analyse. Dans un souci d'anticipation de la suite des travaux, les futurs items du référentiel potentiellement concernés par le document sont mentionnés. Après analyse du document, le score obtenu à la grille critériée ou à un autre outil d'analyse y est indiqué, le score maximal

étant comme précisé précédemment, dépendant du type de publication. Ensuite, sont mentionnés le niveau de preuve attribué au document et le grade de recommandations selon la HAS selon un code couleur, les cases en vert indiquant un article de niveau fiable, celles en orange indiquant un article de niveau discutable. Enfin, la dernière colonne indique la décision de conserver ou de rejeter le document de la base de données.

Items concernés	Âge population	Nombre de sujets	Grille d'analyse	Niveau de preuve	Grade de recommandation	Décision
effecteurs ; cuillère ; comportement	2-24 mois	98	29/34	4	C (faible niveau)	Inclus

Figure 8. Extrait du tableau récapitulatif des articles (colonnes 9 à 15).

.2. Elaboration du référentiel

.2.1. Contenu du référentiel

Le référentiel propose des repères d'acquisition des habiletés alimentaires chez l'enfant de moins de 36 mois. Comme cela a été pensé et établi dans l'ébauche de référentiel du mémoire précédent, il comprend cinq rubriques : les mouvements des effecteurs, les capacités masticatoires en fonction des textures proposées, la prise alimentaire, la prise des liquides et le comportement de l'enfant lors de l'alimentation. (De Laitre, 2019). Les sous-catégories et items décrivant les comportements ont été modifiés en fonction des résultats issus de la banque de données et seront détaillés dans un paragraphe ultérieur.

Les tranches d'âge représentées en vert correspondent à l'âge où le comportement décrit est observé chez 75 % des enfants ou plus. Les tranches d'âge représentées en gris équivalent aux comportements en cours d'acquisition à l'âge donné. (De Laitre, 2019). D'après les nouvelles données obtenues, un nouveau code couleur en vert clair correspond à un comportement qui s'estompe, tend à disparaître à un âge donné. Les cases représentées en rouge correspondent aux comportements ne devant pas être présents (à un âge donné, ou à tout âge) et devant alerter l'observateur.

.2.2. Format du référentiel

La création du référentiel est établie à partir de l'outil Excel et est convertible en format PDF pour sa diffusion. Les différentes rubriques et sous-rubriques peuvent ainsi être réparties en colonnes, les items décrivant les compétences de l'enfant en ligne. Le code couleur indiquant la présence ou non du comportement est annoté en légende. Afin de rendre l'outil le plus pratique possible, nous faisons le choix de rédiger une page introductive explicitant la finalité de son utilisation en pratique clinique et guidant son utilisation. Enfin, un glossaire est créé, contenant des définitions des termes du référentiel dont la précision est jugée utile pour les futurs utilisateurs de l'outil. Le contenu de ces documents est détaillé dans une partie ultérieure.

Résultats

1. Résultats de la recherche bibliographique

1.1. Présentation des documents consultés

1.1.1. Documents issus des recherches précédentes (E. De Laitre, 2019)

Les objectifs et le contenu des documents consultés par E. De Laitre ayant été présentés dans sa revue de la littérature (2019), ces informations ne sont pas précisées de nouveau. Dans le cadre de l'analyse de la fiabilité scientifique des données, il est cependant intéressant de rappeler leur type. Au total, sept documents sont concernés. Deux articles sont des revues de la littérature (Bruns & Thompson, 2010 ; Le Révérend, Edleson, & Loret, 2014). Les articles de Carruth et Skinner (2002) et de Van den Engel-Hoeck et al., (2014) portent sur des études longitudinales. Les articles de Carruth et al. (2004) et de Wilson et Green (2008) portent sur des études transversales. Un ouvrage a également été consulté en complément des articles : « Feeding Challenges in Young Children: Strategies and Specialized Interventions for Success » (Bruns & Thompson, 2012).

1.1.2. Documents issus des nouvelles recherches

Les nouvelles données sont recherchées conformément à la procédure présentée dans la partie « Méthodologie », entre septembre 2020 et mars 2021. Initialement, 48 documents supplémentaires se sont révélés pertinents dans la construction de la banque de données relatives aux âges d'acquisition des habiletés alimentaires. Après lecture du résumé des articles, dix-neuf documents ont été retenus et analysés.

L'article de Lau et al. (2000) et l'article de Demonteil et al. (2019) portent sur des études longitudinales, ceux de Demonteil et al. (2018) et de Lemarchand et al. (2020) sur des enquêtes transversales. L'article de Cunha et al. (2009) est une étude comparative. L'« Evolution des comportements et des pratiques alimentaires » est issu de l'étude longitudinale du développement des enfants du Québec de la naissance à 29 mois (1998-2002), publiée par l'Institut de la Statistique du Québec. Ces articles originaux sont analysés via la grille de lecture construite au préalable, présentée dans la figure 4 et dont des exemples complétés figurent en annexes 2 et 3.

L'« Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants de 0 à 36 mois » (2020) publié par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) est un document de recommandations, au même titre le document de l'ESPGHAN (2017). Un exemple d'analyse de ces documents figure en annexe 5.

Barton (2017) propose une revue systématique comparant les différents outils d'évaluation oro-motrice chez l'enfant. La lecture de cet article a permis d'identifier des outils ayant une forte valeur psychométrique. A l'issue de l'analyse de cet article via la grille PRISMA, dont l'exemplaire complété figure en annexe 6, les documents directement liés à l'étalonnage des outils pertinents sont recherchés. Les articles de Pados et al. (2018), et Sanchez et Morgan (2018) présentent l'outil CHOMPS. Stratton (1981) présente l'étalonnage de l'outil « BASOF ». Les données relatives à la construction du « Montréal Children Feeding Scale » sont explicitées par Ramsay et al. (2011), celles de l'outil « SOMA » par Skuse et al. (1995).

Deux ouvrages (Klein, & Morris, 2010 ; Bruns, & Thompson, 2012) ont été consultés en complément des articles afin de prendre en compte toutes les données concernant le sujet, conformément à la définition même d'un référentiel. Comme détaillé dans la partie « Méthodologie », les ouvrages sont des documents assimilables à la « littérature grise ».

.1.2. Inclusion et exclusion des données

Les précédentes recherches (De Laitre, 2019) et les recherches effectuées dans le cadre de ce mémoire ont abouti à un total de 26 documents contenant des informations utiles à la constitution de la base de données. Ces documents ont été analysés selon les différents outils présentés antérieurement, afin d'en déterminer la fiabilité et le niveau de preuve. La décision de conserver ou non chacune de ces sources pour l'élaboration du référentiel est présentée ci-après.

.1.2.1. Sources incluses dans la base de données

Les documents ayant été retenus pour l'élaboration du référentiel sont présentés dans le tableau représenté en figure 9. Cette décision concerne les documents témoignant d'une bonne fiabilité suite à leur analyse via les différentes grilles, soit les articles originaux ayant un score élevé et comportant peu de biais, les revues systématiques témoignant d'une méthodologie rigoureuse selon la grille PRISMA, les documents de recommandations analysés et dont la fiabilité est validée par la grille AGREE II.

Auteur	Titre	N°	Année	Langue	Source	Modalité de publication	Cible	Items concernés	Âge population	Nombre de sujets	Grille d'analyse	Niveau de preuve	Grade de recommandation	Décision
Camruth, B.R., & Skinner, J.D.	Feeding Behaviors and Other Motor Development in Healthy Children (2-24 Months)	2	2002	A	PUBMED	Revue "Journal of the American College of Nutrition"	Etude longitudinale	effecteurs ; cuillère ; comportement	2-24 mois	98	29/34	4	C (faible niveau)	Inclus
HCSF	Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants âgés de 0-36 mois et de 3-17 ans	10	2020	F	Haut Conseil de la Santé Publique	RPC	RPC	prise alimentaire ; biberon ; sein	0-36 m	/	Grille AGREE	/	/	Inclus
Demonteil et al.	Patterns and predictors of food texture introduction in French children aged 4-36 months	11	2018	A	PUBMED	Revue scientifique "British journal of nutrition"	Etude de cohorte	fourchette	4-36 m	2999 enfants consommateurs de Bledina	32/32	2	B (présomption scientifique)	Inclus
Lemarchand et al.	L'introduction des textures dans la période de diversification alimentaire en France	12	2020	F	PUBMED	Revue "Enfance"	Etude de cohorte	mastication ; textures	0-24 mois	806	29/32	2	B (présomption scientifique)	Inclus
Institut de la Statistique du Québec	Etude longitudinale du développement des enfants du Québec	19	1998-2002	F	Bibliographie d'un blog adressé aux parents	Ouvrage "évolution des comportements et des pratiques alimentaires" (vol 2, n°5)	Etude de cohorte	prise alimentaire, comportements interpellants	Naissance - 29 mois	2000	32/34	2	B (présomption scientifique)	Inclus
Barton et al.	Pediatric Oral Motor Feeding Assessments : A Systematic Review	/	2017	A	PUBMED	Revue "Physical & Occupational Therapy in Pediatrics"	Revue systématique	toutes catégories	> 6 mois	12 outils d'évaluation traités	Grille PRISMA	1	A (preuve scientifique établie)	Inclus

Figure 9. Extrait du tableau récapitulatif des documents retenus.

.1.2.2. Sources incluses dans la base de données en l'absence de meilleures preuves

L'objectif de ce mémoire est d'inclure les données les plus fiables publiées ou non dans la littérature. Suite à la récolte des résultats, certaines publications contenaient des biais discutables en ce qui concerne leur inclusion ou exclusion dans notre analyse de la littérature.

A titre d'exemple, rappelons que l'article de Bruns et Thompson (2010) est une revue de la littérature ayant été analysée via la grille de lecture inspirée des documents relatifs aux niveaux de preuve. La majorité des critères ont pu être remplis : l'apport du contenu de cet article est pertinent dans la littérature et possède un lien sensible avec la pratique clinique. Cependant, cette revue possède des biais méthodologiques. Les critères de sélection des articles sont peu explicites. On ne retrouve pas d'indication concernant le nombre de sujets ni sur le niveau de fiabilité des études choisies.

Par ailleurs, l'article de Carruth et Ziegler (2004) est une enquête transversale, à laquelle peut être attribué un grade B correspondant à un niveau de preuve discutable (HAS, 2013). L'analyse par la grille de lecture a permis d'attribuer à cette publication un score de 29/36. Bien que ce score soit attribué de façon qualitative, comme indiqué antérieurement, il est important de se pencher sur les critères non remplis impliqués dans l'attribution de ce score. Effectivement, cette publication possède plusieurs biais démontrés par les auteurs eux-mêmes. Par exemple, les sujets sont répartis en cinq groupes d'âges et le nombre de sujets par groupe n'est pas équitable. De plus, les groupes d'âge ne correspondent pas à des étendues équivalentes, incluant par exemple une tranche d'âge de 4 à 6 mois et une tranche d'âge de 19 à 24 mois. D'autre part, l'étude est basée sur des entretiens téléphoniques, ce qui implique des biais dans les informations données par les parents des enfants. Cette étude présente également un biais méthodologique, la « p-value » indiquant que les résultats peuvent être dus au hasard.

Pour ces articles, la décision d'inclusion des données a toutefois été effectuée par manque de données plus fiables, ou dans un souci d'étoffer la banque de données afin de pouvoir croiser les sources. Six documents dont la fiabilité s'est avérée discutable ont fait l'objet d'une inclusion. Ils sont présentés dans le tableau représenté en figure 10. Cependant, pour pallier les biais concernant ces sources, leur utilisation dans l'élaboration du référentiel est minimale. La procédure utilisée pour les items en lien avec ces articles est détaillée dans une partie ultérieure.

Auteur	Titre	N°	Année	Langue	Source	Mots clés recherche	Modalité de publication	Cible	Items concernés	Âge population	Nombre de sujets	Grille d'analyse	Niveau de preuve	Grade de recommandation	Décision
Carruth et al.	Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers.	3	2004	A	PUBMED	/	Revue "Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics"	Enquête transversale	lèvres ; mains ; tasse ; mandibule	4-24 mois	3022	24/32	2	B (présomption scientifique)	Inclus par manque de meilleures preuves (biais méthodologiques)
Wilson, E.M., & Green, J.R.	The development of jaw motion for mastication.	4	2008	A	PUBMED	/	Revue "Early Human Development"	Etude longitudinale	mandibule	9-30 mois	11	29/34	4	C (faible niveau)	Inclus par manque de meilleures preuves (nombre de sujets)
Bruns, D.A., & Thompson, S.D.	Feeding challenges in young children : toward a best practices model.	5	2010	A	PUBMED	/	Revue "Infants & Young Children"	Compilation (revue de la littérature)	prise avec les mains ; préférences alimentaires	0-4 ans		23/32	/	/	Méthodologie moyenne mais basée sur des RPC : inclus
Le Révérend et al.	Anatomical, functional, physiological, and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood.	6	2013	A	PUBMED	/	Revue "British Journal of Nutrition"	Compilation (revue de la littérature)	mastication	0-6 ans	90	23/38	/	/	Inclus par manque de meilleures preuves (résultats divergents, biais méthodologiques)
Shrago, L. & Bocar, D.	The infant's contribution to breast-feeding.	9	1990	A	PUBMED	bibliographie Tobin et al	Revue "Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing"	Article bonnes pratiques	allaitement au sein	NN	/	/	/	/	Inclus / analyse impossible
Institut de Recherche en Santé du Canada	Apprendre à utiliser des ustensiles et à boire au verre seul.	14	2011	F	repéré sur site "Naitre et grandir"	/	Guide alimentaire canadien	Recommandations de l'état	toutes catégories	/	13 instituts d'innovation en santé	Etudes non accessibles	/	/	Inclus (RCO officielles) / analyse impossible
Institut de Recherche en Santé du Canada	Apprendre à manger et à boire seul.	14	2011	F	repéré sur site "Naitre et grandir"	/	Guide alimentaire canadien	Recommandations de l'état	toutes catégories	/	13 instituts d'innovation en santé	Etudes non accessibles	/	/	Inclus (RCO officielles) / analyse impossible

Figure 10. Tableau récapitulatif des documents de fiabilité discutable.

1.2.3. Cas particulier des ouvrages scientifiques

L'ouvrage de Bruns et Thompson (2012) est un document dit « issu de la littérature grise », son inclusion dans la base de données est donc possible et même pertinente en vue de prendre en compte toutes les données se référant à notre sujet d'étude. C'est un ouvrage de référence dans le champ de l'alimentation du jeune enfant, cité de nombreuses fois dans la littérature. Les informations qui y sont fournies réfèrent à de nombreux articles dont les preuves scientifiques sont établies. Dans la partie introductive, les auteurs font mention de la pratique basée sur les données probantes, rappelant qu'elle « représente un processus par lequel les parents et les professionnels peuvent prendre des décisions pratiques adaptées aux besoins et aux priorités des enfants, des familles et des programmes individuels » et qu'elle est « considérée comme un processus qui intègre des preuves empiriques, des expériences et des valeurs pour éclairer les décisions concernant les politiques, les services, les soutiens ou les instructions pour les jeunes enfants et leurs familles et le personnel qui les sert ». (Buysse & Wesley ; cités par Bruns & Thompson (2010)).

Un autre ouvrage faisant également figure de référence dans la littérature a été consulté et inclus dans la base de données. Il s'agit de l'ouvrage de Klein et Morris (2000) qui proposent des données en lien avec le développement alimentaire chez l'enfant et les troubles associés. Il constitue une source fiable pour les praticiens du domaine de l'alimentation pédiatrique.

Afin de respecter la méthodologie préconisée par la HAS (2000), la source de chaque information de l'ouvrage potentiellement intéressante pour l'élaboration du référentiel a été recherchée. La décision d'inclure ou d'exclure les données de l'ouvrage s'est alors faite au cas par cas pour chaque information. Les items ainsi extraits seront détaillés ultérieurement.

.1.2.4. Sources exclues

Certaines sources - initialement jugées pertinentes lors de la sélection et la lecture des documents - ont été exclues afin d'éviter de constituer un biais dans les données utilisées dans le référentiel. C'est le cas des documents dont les biais se sont révélés trop importants, dont le contenu était inaccessible ou encore ceux dont la modalité ou la cible de publication était jugée peu fiable.

Ce manque de fiabilité entraîne une exclusion totale des informations qui en sont issues dans le cadre de l'élaboration du référentiel des âges d'acquisition des habiletés alimentaires chez l'enfant. Ces sources sont répertoriées dans un tableau (figure 11). L'analyse des documents et la justification de leur exclusion par les critères des différentes grilles sont présentés dans les différentes annexes.

Auteur	Titre	N°	Année	Langue	Source	Mots clés recherche	Modalité de publication	Cible	Items concernés	Âge population	Nombre de sujets	Grille d'analyse	Niveau de preuve	Grade de recommandation	Décision
Morawska et al.	Observing the mother infant feeding interaction.	/	/	A	PsycInfo	children ; feeding	Revue "ERIC"	/	/	/	/	/	/	/	Inutile (interactions, pas habiletés)
Marrs et al.	Feeding milestones for children.	/	2011	A	Bibliographie Bruns, & Thompson	/	speechlanguagefeeding.com	Blog orthophoniste	succion réflexe	/	/	/	/	/	Exclu
Mansbacher, J.	PICA : what is it, how you can recognize it, and how you can treat it.	/	2009	A	Bibliographie Bruns, & Thompson	/	eparent.com	Blog adressé aux parents	PICA	/	/	/	/	/	Exclu
Institut de la Statistique du Québec	Enquête de nutrition auprès des enfants québécois de 4 ans	/	2005	F	/	/	/	Etude de cohorte	/	4 ans	/	/	2	B (présomption scientifique)	Exclu
Werthman et al.	Bits and pieces. Food texture influences food acceptance in young children	/	2015	A	Bibliographie Demontail 2019	/	/	/	/	36-48 m	/	/	/	/	Peu utile : goût, couleur, texture Pas de repères d'âges
Manikam, & Perman	Pediatric feeding disorders.	/	2000	A	Bibliographie Bruns, & Thompson	/	/	Etude longitudinale	dysphagie	/	11	/	4	C (faible niveau)	Exclu
Quinlan et al.	Direct comparisons of hand and mouth kinematics during grasping, feeding and fork-feeding actions.	/	2015	A	PUBMED	fork ; feeding	Revue "Frontiers in Human Neurosciences"	/	fourchette	adultes	/	/	/	/	Exclu

Figure 11. Tableau récapitulatif des articles exclus de la base de données.

.1.3. Extraction des informations utiles à l'élaboration du référentiel

Après inclusion des documents, leur lecture approfondie a permis de répertorier des informations sur les âges repères d'acquisition des habiletés alimentaires chez l'enfant de moins de 36 mois. Elles ont été copiées dans un document récapitulatif en fonction des cinq catégories analysées (mouvements des effecteurs, capacités masticatoires/textures proposées, prise alimentaire, prise des liquides, comportement lors de l'alimentation). Pour être conservée, toute information devait avoir trait à l'un de ces aspects observables durant le temps de repas, et être adossée à un âge ou à une tranche d'âge repère.

Dans l'ouvrage de Bruns et Thompson (2012), les données pertinentes ont été récupérées en fonction de la fiabilité de leur source. Par exemple, pour l'information « à 9 mois, l'enfant sait boire à la paille », les auteurs de l'ouvrage s'appuient sur les travaux de Klein et Morris (2000). Pour certaines données, la source n'était pas précisée ou référait à une modalité de

publication jugée non fiable. Les résultats de cette recherche approfondie sont représentés dans le tableau en figure 12.

Information	Source	Modalité	Décision
« Ouverture de la bouche à l'arrivée de la cuillère »	Non disponible	/	Exclusion
« La lèvre supérieure nettoie la cuillère »	Non disponible	/	Exclusion
« L'enfant mange des textures non alimentaires »	Mansbacher (2009)	Blog à destination des parents	Exclusion
« L'enfant fait preuve d'un comportement difficile »	Dunn (1997 - 2001 - 2002)	Article original Questionnaire parental	Inclusion
« L'enfant possède un réflexe de succion »	Marrs (2004)	Article original analysé	Inclusion
« L'enfant sait boire à la paille »	Klein, & Morris (2000)	Ouvrage consulté	Inclusion

Figure 12. Extraction des données de l'ouvrage de Bruns & Thompson (2012).

.1.4. Définition des âges repères

.1.4.1. Procédure générale

Après extraction des données pertinentes, dans la mesure du possible deux repères d'âges sont conservés pour chaque compétence alimentaire. Un premier repère est fixé afin de définir l'âge auquel le comportement est en cours d'acquisition. Devant la grande diversité des compétences prises en compte et également de la variabilité de présentation des résultats dans les articles, la fixation de ce repère n'a pu être établie de façon homogène. Effectivement, certaines études proposaient des résultats sous forme de pourcentages, d'autres sous forme de phrases affirmatives mentionnant un âge repère d'acquisition. D'une manière très générale, cet âge a été fixé lorsque la compétence était présente chez environ 20 à 40 % des enfants ou défini comme « en cours de développement » ou « en cours d'acquisition ».

Un deuxième repère est défini comme l'âge auquel la compétence est censée être présente chez l'enfant. Dans la grande majorité des cas, ce comportement était décrit comme présent chez environ 75 % des enfants ou défini comme « acquis » ou « présent ».

.1.4.2. Âges repères issus des sources incluses

Les informations issues des articles considérés comme ayant un niveau de preuve suffisant sont directement ajoutées aux données du référentiel. Lorsque plusieurs articles indiquent le même résultat concernant les âges d'acquisition, les résultats sont fusionnés afin d'en extraire un seul item référant à ces différentes sources. Lorsque plusieurs articles pertinents indiquent des résultats contradictoires, la plage d'acquisition de l'habileté concernée est élargie de la manière jugée la plus pertinente, soit en fonction de la fiabilité des documents et de la redondance de cet âge d'acquisition dans la littérature.

Par exemple, pour l'information concernant l'acquisition de la « prise alimentaire avec les doigts », trois documents sont concernés, soit l'« Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants âgés de 0 à 36 mois » (HCSP, 2020), l'étude longitudinale de Demonteil et al. (2018) et le guide alimentaire canadien (2011).

Le tableau présenté en figure 13 présente la procédure utilisée. En effet, la première source d'information indique un âge d'acquisition relativement restreint entre 8 et 10 mois, là où le guide alimentaire canadien propose une acquisition de cette compétence plus large entre 6 et 12 mois. Demonteil et al. (2018) indiquent des résultats en pourcentages en défaveur d'une acquisition définitive à l'âge de 6 mois (7% d'un total de 283 sujets), mais en faveur d'un comportement acquis à 12 mois (environ 70% le font souvent à partir de 12 mois). Le début

d'acquisition du comportement a été fixé à 8 mois comme le confirment les deux premières sources du tableau, jugées plus fiables que le guide alimentaire canadien. Cette stratégie d'analyse des données est appliquée pour toutes les informations faisant l'objet de résultats divergents.

Information (telle que formulée dans la publication)	Âge d'acquisition	Information retenue pour le référentiel
« L'enfant est capable de tenir un aliment dans sa main et de le porter à sa bouche. » (HCSP ; 2020)	Entre 8 et 10 mois (et dans tous les cas avant 12 mois)	« L'enfant mange avec les doigts » : comportement en cours d'acquisition à partir de 8 mois, acquis à 12 mois
« L'enfant mange avec les doigts. » (Demonteil, L. ; 2018)	7% des enfants à partir de 6 mois (N = 283) ; 17% des enfants à partir de 8 mois (N = 243) ; 43% des enfants à partir de 10 mois (N = 195) ; 70% des enfants à partir de 12 mois (N = 137)	
« Le bébé apprend à prendre de petits morceaux de nourriture avec ses doigts et à les porter à sa bouche. » (Institut de Recherche en Santé du Canada ; 2011)	Entre 6 et 12 mois	

Figure 13. Procédure de fixation d'un âge repère d'acquisition (exemple).

.1.4.3. Âges repères issus des sources de fiabilité discutable

Les informations issues des articles « conservés en l'absence de meilleures preuves » ont été exploitées de la manière suivante.

Dans le cas où plusieurs documents de fiabilité différente indiquent un résultat divergent, les données les plus pertinentes sont conservées. Par exemple, pour l'item « l'enfant peut manger des textures mixées », l'article 1 en bibliographie du référentiel indique un âge d'acquisition à 7 mois, alors que l'article 12 du référentiel s'avérant plus fiable propose un âge d'acquisition à 6 mois. C'est donc cette dernière information qui sera attribuée à l'item.

Si un document de fiabilité discutable donne le même résultat qu'un ou plusieurs article(s) possédant une meilleure fiabilité, l'information est référée à tous les documents concernés. Cette décision permet de donner une valeur supplémentaire à l'information donnée dans le référentiel. C'est le cas de l'item « l'enfant peut manger des textures mixées », issu de l'article 5 de fiabilité discutable et des articles 12 et 18 relevant d'un bon niveau de preuves. Ces trois sources donnent le même résultat : « le comportement est observable à partir de 4 mois et acquis à 6 mois. »

Enfin, si le document dont la fiabilité est discutable est l'unique source indiquant une information en lien avec un âge repère d'acquisition, l'information est conservée. A titre d'exemple, l'item « L'enfant sait boire au verre avec l'aide d'un adulte » est issu du guide alimentaire canadien, dont la source initiale n'a pu être analysée. Cette information est donc potentiellement biaisée mais conservée en l'absence d'autres données concernant la prise des liquides au verre.

.1.4.4. Résultats du référencement des comportements

Après extraction des âges repères proposés dans les différentes sources de fiabilité avérée ou discutable, 54 comportements ont pu être répertoriés au total. Vingt-deux comportements concernent la prise des liquides et treize comportements sont associés à la prise alimentaire. Concernant les mouvements des effecteurs (lèvres, langue, mandibule), onze séquences motrices différentes sont observables. Sept informations se sont révélées pertinentes concernant

les capacités masticatoires et sensorielles associées aux différentes textures. Enfin, sept comportements sont observables de manière plus générale lors de l'alimentation.

Ainsi, la catégorie « prise des liquides » a pu être déclinée en sept sous-catégories : le comportement peut être observé quel que soit l'outil, au sein et/ou biberon, au sein, au biberon, à la paille, à la tasse ou au verre. Les comportements associés à la prise alimentaire ont été répartis : quelle que soit la modalité, avec les mains, à la cuillère et à la fourchette. Les mouvements des effecteurs sont les mouvements des lèvres, de la langue et de la mandibule. Enfin, les trois dernières rubriques n'ont pas nécessité de déclinaison en sous-catégories.

.1.4.5. Résultats en fonction des âges donnés

Parmi les différentes informations relevées, neuf comportements correspondent à des signes qui doivent alerter quel que soit l'âge de l'enfant. Huit autres comportements sont des signes d'alerte à un âge ou une période définie, soit parce qu'ils peuvent être observables jusqu'à un certain âge puis s'estomper – c'est le cas par exemple du réflexe de succion qui est observable jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois et qui devient un signe d'alerte au-delà de cette période, soit parce qu'ils ne correspondent qu'à une période précise du développement – c'est le cas d'un claquement audible lors de la tétée au sein.

Trente-et-un comportements ont pu être considérés comme « en cours d'acquisition » et donc potentiellement observables lors d'une période de développement, avant d'être définitivement acquis par l'enfant. Par exemple, l'item « l'enfant est capable de tenir le biberon seul » correspond à une compétence en cours d'acquisition entre 6 et 12 mois, acquise de manière définitive à partir de 12 mois.

Enfin, trois comportements sont potentiellement observables à un âge donné, ce qui n'est le cas avant ni après. En effet, leur apparition est considérée comme normale uniquement lors d'une période bien précise du développement. C'est le cas des deux items concernant la stabilisation de la tasse – avec la langue et avec les dents – qui indiquent des compensations présentes entre 9 et 24 mois avant que la compétence soit acquise de manière efficace. C'est également le cas de la manifestation de préférences alimentaires marquées ou « néophobie alimentaire », souvent présente entre 18 et 24 mois.

.1.5. Formulation des items

La formulation des items, comme cela a été présenté en figure 13, se fait sous forme de phrases affirmatives, concises et relativement générales. Nous avons pris soin de respecter le plus fidèlement possible les informations telles que présentées dans leur source, tout en veillant à homogénéiser les items du référentiel les uns par rapport aux autres. Le format des items est concis mais certaines précisions ont été conservées afin d'éviter toute ambiguïté dans leur interprétation.

Les items concernant un comportement possèdent la même formulation. Il s'agit du groupe nominal « L'enfant... » suivi d'un verbe d'action décrivant le comportement. Les items concernant les mouvements des effecteurs sont introduits par le nom de l'effecteur concerné et décrivent précisément la séquence motrice concernée.

Dans certains cas, des informations ont dû être supprimées ou remplacées car ne correspondant pas au cadre général du référentiel. Par exemple, en ce qui concerne les textures ingérées par l'enfant, nous avons fait le choix de supprimer l'exemple des « céréales infantiles » issu de l'ouvrage de Bruns et Thompson (2012), plutôt apparentées à des habiletés

.2.2. Légende

La légende du référentiel se présente sous forme de tableau précisant le code couleur (gris, vert foncé, vert clair, rouge) qui réfère à l'observation ou non d'un comportement en fonction de l'âge. Elle précise également le code attribué aux items dont un ou plusieurs terme(s) est (sont) rattaché(s) à une définition du glossaire.

Légende :

	Comportement en cours d'acquisition (possiblement observable)
	Comportement présent chez la majorité des enfants (75% ou plus)
	Comportement tendant à disparaître (possiblement observable)
	Comportement ne devant pas être présent, signe d'alerte
*	Item rattaché à une définition du glossaire

Figure 15. Légende du tableau de référence.

.2.3. Page introductive

Dans un souci de clarté et de facilitation d'utilisation de l'outil en pratique clinique, une page introductive au référentiel est proposée. Les informations qui y sont données permettent de se faire une idée précise de l'outil construit et de sa finalité. Le contexte d'EBP et l'appui sur les références issues de la littérature y est décrit. Un descriptif de l'outil est proposé, en ce qui concerne la répartition des items, la description des comportements et le renvoi au glossaire. Le code couleur et la légende sont explicités dans cette page introductive.

Un mode d'emploi à destination des cliniciens utilisant l'outil est également proposé dans cette introduction. Il décrit comment comparer les éléments observés avec les items listés, par le report des compétences aux colonnes « âge repère » correspondant à l'âge en mois de l'enfant lors du bilan. Ceci permet d'indiquer la situation de l'enfant en terme de trajectoire développementale et de relever des éventuels signes d'alerte.

.2.4. Glossaire

Comme nous l'indiquions précédemment, lors de la construction du référentiel à partir des données récoltées, les items ont été rédigés de façon claire et concise afin de rendre l'outil pratique d'utilisation. Toutefois, certains termes utilisés dans le référentiel correspondent à une définition bien précise dans la littérature qui nécessite d'être précisée en annexe du référentiel. A ces définitions peuvent s'ajouter des exemples. Les termes concernés sont donc décrits dans un glossaire. Il s'agit des termes suivants : bolus, mâchonnement, mastication, mouvements antéro-postérieurs, mouvements en diagonale, mouvements rotatoires, mouvements verticaux, préférences alimentaires / néophobie, signes de satiété, tasse fermée, tasse ordinaire, textures (mixées, fondantes, grumeleuses, complexes, solides, fermes), verre.

Discussion

.1. Analyse des résultats

.1.1. Rappel des principaux objectifs

La première hypothèse était qu'il existe suffisamment de données dans la littérature actuelle en lien avec l'oralité alimentaire chez l'enfant de moins de 36 mois, permettant de proposer une analyse de la littérature la plus exhaustive possible et conforme aux recommandations de la HAS. Cette analyse s'inspire des exigences requises pour l'élaboration de recommandations dans la pratique clinique orthophonique.

La deuxième hypothèse concernait la possibilité de créer un référentiel basé sur ces données de la littérature adossé à des âges de repères développementaux dont les items correspondent à des comportements observables lors d'un temps de repas. Ce référentiel cible la tranche d'âge de 0 à 36 mois au même titre que l'outil EVALO BB (Coquet, 2010, réédition complétée, 2021).

.1.2. Résultats de l'analyse de la littérature

L'une des finalités de ce mémoire était de proposer un référentiel basé sur les preuves de la littérature. Ainsi, le but était de ne pas utiliser des sources considérées comme « peu fiables » ou de limiter le plus possible leur utilisation. Dans ce cadre, chaque source utilisée a été rigoureusement analysée. Les articles originaux et revues de la littérature l'ont été à partir d'une grille de lecture spécifiquement construite pour l'élaboration de ce mémoire. Cette grille s'inspire de façon la plus fidèle aux méthodes d'analyse d'articles trouvées dans la littérature. Les autres documents ont été analysés via des grilles déjà existantes, c'est le cas des documents de recommandations par la grille AGREE et des méta-analyses ou revues systématiques par la grille PRISMA.

Des documents issus de la littérature grise ont été utilisés, c'est le cas de deux ouvrages et d'un guide alimentaire repéré sur un site internet. Bien que leur fiabilité scientifique ne soit pas des plus exemplaire, la source des informations qui y sont issues a été recherchée de manière approfondie et a permis leur inclusion dans la base de données. Les documents jugés les moins fiables ont été utilisés dans une moindre mesure lors de l'élaboration du référentiel. Ils ont été utilisés soit par manque d'information de meilleure preuve, soit pour étoffer les preuves déjà existantes, en complément d'autres articles.

Les grilles d'analyse ont été utilisées conformément aux indications de leur auteur. La grille construite s'inspire de deux auteurs dont les passages sont spécifiquement mentionnés dans la grille descriptive des critères en annexe 1. Chaque item du référentiel est rattaché à une source bien définie et la fiabilité attribuée à chaque document est justifiée dans les grilles proposées en annexes.

Par rapport aux recherches du mémoire dont notre travail fait suite (E. De Laitre, 2019), nous avons pu analyser des sources très récentes qui viennent compléter la revue de la littérature. Nous avons trouvé des articles concernant les items identifiés comme manquants (biberon, fourchette) et des items nouvellement jugés pertinents (prise des liquides au verre, certains comportements généraux durant l'alimentation). Nous avons également élargi la

tranche d'âge des enfants qui était initialement fixée de 0 à 24 mois, à des repères englobant toute la période de moins de 36 mois.

Nous avons trouvé des données concernant des populations françaises : l'article de Lemarchand et al. (2020), ceux de Demonteil et al. (2018 ; 2020), l'« Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants de 0 à 36 mois » (HCSP) et des données canadiennes : le « Guide alimentaire canadien » et l'étude longitudinale de l'Institut National de la Statistique du Québec (2002). Ces recherches sont en cohérence avec les caractéristiques culturelles et sociales du cadre dans lequel les grilles ont été créées (celles-ci ayant été imaginées en s'appuyant sur la connaissance des pratiques alimentaires françaises). Dans le mémoire précédent, la plupart des articles portaient sur des populations anglophones.

.1.3. Résultats apportés à l'élaboration du référentiel

Au total, 54 comportements ont pu être décrits et adossés à des repères d'âges de développement, après extraction des informations dans la littérature.

Les compétences ont été réparties en six catégories. Un référentiel a alors pu être proposé afin d'être utilisé dans la pratique clinique. Celui-ci est, comme nous l'avons prévu, adossé à des âges de repères développementaux dont les items correspondent à des comportements observables lors d'un temps de repas chez l'enfant de moins de 36 mois. En complément du référentiel, une page introductive faisant office de guide d'utilisation ainsi qu'un glossaire définissant certains termes spécifiques ont été établis.

.2. Apports dans la littérature

Comme nous le déterminions précédemment, aucun document dans la littérature ne propose à ce jour le référencement des repères d'acquisition des habiletés alimentaires chez l'enfant. D'une manière générale, on relève un très faible nombre d'articles concernant l'alimentation chez l'enfant et les troubles alimentaires pédiatriques parus dans les dernières années. Cependant, ce sujet d'étude étant en plein développement, les travaux sur le sujet tendent à s'accroître, c'est pourquoi il était intéressant de proposer une base de données mise à jour concernant les compétences alimentaires de l'enfant. Rappelons que les données ont été recueillies entre septembre 2020 et mars 2021.

Parmi les recommandations de la HAS, nous avons relevé dix-neuf documents en lien avec les troubles de l'oralité alimentaire, mentionnant l'intérêt d'une prise en charge orthophonique. Cependant, nous avons constaté qu'aucun document n'approfondissait les éléments à observer lors d'un temps de repas chez l'enfant dans le cadre de l'évaluation de ces troubles. Le référentiel proposé à l'issue de ce mémoire ne peut se substituer à un document de recommandations mais s'en inspire de par la méthode d'élaboration dont il est issu et de par le cadre de l'EBP dont nous nous sommes inspirés.

La rigueur d'analyse des documents utilisés permet par ailleurs de justifier la pertinence de son apport dans la littérature. En effet, comme nous l'avions supposé, nous avons pu établir un état de littérature impliquant une stratégie de recherche explicite, avec des critères de sélection appliqués uniformément et une évaluation critique rigoureuse. Cette démarche de recherche est plus fiable que celle utilisée dans le cadre d'une revue de la littérature (Cook et al., 1997).

.3. Apports dans la pratique clinique

.3.1. Rappel de la finalité du mémoire

Comme nous l'indiquions dans les données relatives à l'EBP, ce principe implique l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes disponibles (Sackett et al., 1996). Il existe des méthodes de recommandations pour la pratique professionnelle qui sont cependant très peu utilisées par les orthophonistes à l'heure actuelle. Nous avons mis en avant le fait que les orthophonistes utilisent davantage l'EBP dans le cadre de la rééducation que dans celui de l'évaluation (Fulcher-Rood et al., 2020).

Concernant l'évaluation des habiletés alimentaires, nous avons trouvé deux outils adossés à des âges repères développementaux, mais ceux-ci s'avéraient être des questionnaires à destination des parents et non des outils spécifiques à l'observation d'un temps de repas.

L'objectif de ce mémoire était de s'inspirer des recommandations pour la pratique clinique en proposant un référentiel basé sur les preuves de la littérature. Cet outil a pu être finalisé et s'avère utilisable dans la pratique orthophonique, plus particulièrement dans le cadre de l'évaluation des habiletés alimentaires de l'enfant lors de l'observation d'un temps de repas.

.3.2. Réponses aux besoins des cliniciens

En effet, le référentiel permet d'apporter des repères d'âges d'acquisition des habiletés alimentaires chez le tout-petit. Lorsque l'orthophoniste reçoit l'enfant pour un bilan des troubles de l'oralité alimentaire ou troubles alimentaires pédiatriques (Goday et al., 2019), ce référentiel s'avère utile précisément lors de l'étape de l'évaluation consistant en l'observation d'un temps de repas. Comme nous l'avions explicité, cette observation a pour but de relever des informations concernant le cadre général du repas, les habiletés alimentaires et enfin les interactions entre l'enfant et le(s) parent(s). Si le cadre général et les interactions sont généralement observables de façon qualitative, nous avons pu créer un tableau permettant de proposer des âges repères concernant spécifiquement l'observation des habiletés alimentaires, déclinées elles-mêmes en plusieurs catégories. Cet outil s'avérant presque exclusif dans la pratique clinique actuelle, nous avons pu recueillir des avis positifs le concernant de la part des cliniciens. Ce travail apporte donc un intérêt dans la pratique clinique et une réponse aux besoins des orthophonistes exerçant dans le champ de l'oralité alimentaire. Le paragraphe suivant indique de quelle manière il peut être utilisé de manière pratique.

.3.3. Etayage des grilles d'observation d'EVALO BB

.3.3.1. Grilles d'observation du temps de repas (EVALO BB)

Comme nous l'avions supposé, cet outil est complémentaire aux grilles d'observation du temps de repas proposées dans le module « Oralité » d'EVALO BB (Coquet, Roustit, & Ferrand, édition 2021). Ces grilles reprennent les trois focalisations d'observation du temps de repas que nous citions dans le paragraphe précédent. Elles sont présentées sous la forme de tableaux répertoriant les différents axes d'observation, des cases en champ libre permettent d'indiquer les comportements observés. Concernant le cadre général, un intitulé permet de labelliser chaque aspect à observer et mettent en évidence ceux qui doivent retenir l'attention de l'examineur ou faire office de référence.

En ce qui concerne les interactions durant le repas, plusieurs rubriques sont à compléter concernant la situation d'un point de vue général et des aspects plus contextualisés par rapport au temps de repas. Enfin, pour le recueil des habiletés alimentaires, la grille est proposée sous forme de liste d'outils ou d'effecteurs associés à des mouvements ou types d'aliments. Elle permet de structurer l'observation en ce qui concerne les compétences de l'enfant, par un appui sur des exemples de comportements ou des situations observables à un âge donné, en cours d'acquisition ou tendant à disparaître. Le format du référentiel « Acquisition des habiletés alimentaires – Repères issus de la littérature » correspond à celui proposé dans cette dernière grille.

A la suite de l'observation de ces différentes composantes du repas, un tableau permet de synthétiser les informations ressortant de chacune de ces focalisations.

.3.3.2. Utilisation du référentiel dans le cadre d'EVALO BB

Ainsi, l'outil que nous avons créé permet d'apporter des références complémentaires à la grille d'observation des habiletés alimentaires (EVALO BB, 2021). L'orthophoniste utilisant l'outil remplit les cases en champ libre associées aux compétences de l'enfant tout en rapprochant ses observations aux âges repères définis. Cela permet de situer l'enfant dans une trajectoire développementale, en indiquant si le comportement se situe dans une dynamique observée chez la plupart des enfants (plus de 75%) à son âge, ou si le comportement est considéré comme possiblement observable, soit parce qu'en cours d'acquisition ou parce qu'il tend à disparaître. Le référentiel permet également de rendre compte de comportements considérés comme des signes d'alerte, à tout âge ou à l'âge (en mois) de l'enfant évalué. La page introductive et le glossaire annexés au référentiel permettent d'en donner les principales clés d'utilisation. Cet outil s'avère donc pertinent pour étayer une partie du bilan des troubles de l'oralité ou troubles alimentaires pédiatriques chez l'enfant. Les grilles associées au tableau de référence ne s'avèrent pas constituer un outil diagnostique mais permettent d'apporter des informations précises sur les habiletés observées chez l'enfant, qui sont à contextualiser dans un cadre plus général par une mise en lien avec les autres temps du bilan (anamnèse, évaluation hors repas) et avec les autres caractéristiques à observer durant le repas.

.4. Limites de l'étude

.4.1. Limites concernant l'analyse de la littérature

Le référentiel proposé est issu d'une étude approfondie de la littérature sur le sujet. Néanmoins, celle-ci présente plusieurs limites. D'abord, bien que nos travaux visaient à prendre en compte les preuves les plus fiables dans la littérature, nous avons été contraints de conserver des informations dont la fiabilité n'était pas exemplaire. Par exemple, l'une des sources utilisées n'étant pas accessible, nous n'avons pas pu analyser le contenu du document initial. Pour pallier ce biais méthodologique, le choix a été fait d'extraire un nombre très restreint d'items basés exclusivement sur le document concerné par ce biais. Les articles inclus dans la base de données en dépit de leur faible niveau de preuves ont été utilisés a minima, soit dans le but d'apporter une preuve supplémentaire à la fixation d'un âge repère, soit en l'absence de meilleure preuve sur le sujet. Si l'âge proposé par une source de fiabilité discutable était en contradiction avec les autres repères proposés, cette donnée était exclue.

Afin de parfaire l'analyse des documents de la littérature, nous aurions pu nous baser sur des données plus récentes relatives à l'analyse d'un article et à l'attribution d'un niveau de preuves. En effet, la grille construite se basait essentiellement sur les données de la HAS (2000) et les critères proposés par Malinovsky et al. (2000). Nous aurions pu également approfondir l'analyse des articles en s'intéressant de manière plus précise aux statistiques des études concernées, à savoir par exemple leur validité interne ou externe. Devant la quantité d'articles à analyser, nous avons fait le choix de ne pas effectuer ces analyses.

Bien que des outils ont été utilisés pour témoigner de la fiabilité des documents inclus, à savoir la grille de lecture, les grilles AGREE et PRISMA, il existe une part relative de subjectivité dans l'analyse des documents inhérente à la cotation de ces grilles. L'analyse des documents par un autre juge aurait permis d'améliorer la fiabilité des données obtenues.

Il est intéressant de préciser que concernant l'acquisition de la prise des liquides à la paille, un article jugé très pertinent (Hunt et al., 2000) n'a finalement pas pu être inclus dans la base de données. En effet, il n'était pas disponible en libre accès et les auteurs n'ont pu être contactés.

.4.2. Limites concernant l'établissement du référentiel

Après extraction des informations des différents documents, nous avons remarqué que certaines données obtenues n'étaient pas totalement représentatives de ce qui est généralement observé dans la pratique clinique. C'est le cas de la compétence de prise des liquides à la paille. En effet, Klein et Morris (2000) ainsi que Bruns et Thompson (2012) proposent un âge d'acquisition de cette compétence à partir de 7 mois et une acquisition complète à 9 mois. D'une part, nous ne savons pas si les données étaient basées sur des études prenant en compte des sujets d'âge plus jeune. D'autre part, dans la pratique il semble fréquent d'observer cette compétence, lorsqu'elle leur est apprise, à des enfants à partir de 4 ou 5 mois. Toutefois, la finalité de notre travail était de définir des repères issus de la littérature dans le cadre de la pratique fondée sur les preuves, nous avons donc fait le choix de conserver ces données obtenues. Ainsi, il s'avère important que les utilisateurs de ce tableau fassent appel à leur intuition clinique en parallèle des preuves issues de la littérature, ces deux composantes faisant partie des piliers de l'EBP.

.5. Perspectives

Ce tableau de référence « Acquisition des habiletés alimentaires – Repères issus de la littérature » pourrait être donc publié dans le cadre du module « Oralité » d'EVALO BB (0-36 mois). Un questionnaire pourrait être établi et proposé aux cliniciens utilisant l'outil EVALO BB, afin de juger de sa qualité d'utilisation et de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration.

Afin de compléter ce travail de référencement, d'autres sujets d'étude en lien avec l'observation d'un temps de repas chez l'enfant pourraient faire l'objet d'autres référentiels. Par exemple, si notre travail a permis d'apporter quelques repères concernant la progression des textures alimentaires introduites chez l'enfant, il pourrait être intéressant de les compléter par un référentiel étayant le panel complet des aliments que consomme l'enfant en fonction de son âge.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de proposer un référentiel concernant l'acquisition des habiletés alimentaires chez l'enfant de moins de 36 mois. Le but était de répertorier les documents présents dans la littérature ainsi que leur niveau de preuves, dont les données permettaient de définir les comportements observés à des âges repères.

Ce mémoire faisait suite au travail de Emilie De Laitre (2019) qui a établi un premier état de la littérature concernant les habiletés alimentaires chez l'enfant de 6 à 24 mois et construit des grilles d'observation d'un temps de repas en vue d'une observation filmée. Dans le cadre de notre mémoire, les données recueillies par E. De Laitre ont été analysées et complétées par des recherches élargies à des sources plus récentes et à une tranche d'âge plus étendue. Afin d'assurer la fiabilité des sources utilisées dans nos travaux de recherche, une grille d'analyse d'articles a été créée, basée sur les recommandations de la HAS et les critères proposés par Malinovsky et al. (2000). D'autres grilles ont été utilisées en fonction du type de document exploité. Ainsi, la complétion et l'analyse de la fiabilité des sources ont permis de résoudre les biais présentés par E. De Laitre (2019) dans la discussion à propos de ses travaux.

Chaque source jugée pertinente pour l'établissement du référentiel a été analysée selon un protocole rigoureux et les résultats ont été répertoriés dans des tableaux récapitulatifs. Après avoir extrait les informations pertinentes à l'élaboration du référentiel, les âges repères obtenus dans les différentes sources ont été comparés et fixés de la façon la plus pertinente possible. Ceci nous a permis de formuler des libellés relatifs aux compétences observables chez l'enfant et de les répertorier dans un tableau de référence.

L'utilisation de ce tableau possède un réel intérêt en pratique clinique, en effet il permet de comparer les compétences observées chez l'enfant sur un temps de repas aux données présentes dans la littérature. Ceci permet d'identifier des éventuels signes d'alerte, des difficultés d'acquisition des habiletés alimentaires ou au contraire de repérer un profil semblable à ce qui est décrit dans la littérature chez les enfants tout-venants. L'une des perspectives de cet outil est d'être proposé en complément des grilles d'observation du temps de repas du module « oralité » dans la ré-édition de la batterie EVALO BB (2021).

Cet outil s'avère pertinent pour étayer l'observation d'un temps de repas chez l'enfant dans le cadre d'une évaluation des troubles alimentaires pédiatriques. Celui-ci est focalisé sur les habiletés alimentaires chez l'enfant de moins de 36 mois. Face au manque d'outils à disposition des cliniciens dans le domaine des troubles alimentaires pédiatriques, d'autres référentiels traitant de focalisations différentes pourraient être proposés dans des travaux futurs.

Bibliographie

- Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 118-127.
- Barton, C., Bickell, M., & Fucile, S. (2017). Pediatric Oral Motor Feeding Assessments: A Systematic Review. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 38(2), 190-209.
- Borowitz, K. C., & Borowitz, S. M. (2018). Feeding Problems in Infants and Children. *Pediatric Clinics of North America*, 65(1), 59-72.
- Bruns, D. A., & Thompson, S. D. (2010). Feeding Challenges in Young Children: Toward a Best Practices Model. *Infants & Young Children*, 23(2), 93-102.
- Bruns, D., A., & Thompson, S. D. (2012). Feeding Challenges in Young Children : Strategies and Specialized Interventions for Success. Baltimore, USA: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Carruth, B. R., & Skinner, J. D. (2002). Feeding Behaviors and Other Motor Development in Healthy Children (2–24 Months). *Journal of the American College of Nutrition*, 21(2), 88-96.
- Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A., & Hendricks, K. (2004). Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 51-56.
- Colthard, H., Harris, G., & Emmett, P. (2009). Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal and Child Nutrition*, 5(1), 75-85.
- Comité départemental de la réflexion Petite Enfance (CDRPE). (2014). *La démarche d'observation auprès du jeune enfant, Livret d'information à destination des professionnels des Équipements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE), des Relais Assistants Maternels (RAM) et des Assistants Maternels de l'Aveyron*. Aveyron, France.
- Cook, D.J., Mulrow, C.D., & Haynes, R.B (1997). Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine*, 126(5), 376-80.
- Coquet, F. (2010). Observation / évaluation du jeune enfant avec les Protocoles 20 et 27 mois d'EVALO BB. *Rééducation Orthophonique*, 244, 191-208.
- De Laitre, E. (2019). *Observation d'un temps de repas chez l'enfant âgé de 6 à 24 mois : revue de la littérature et élaboration d'une grille en vue d'une observation filmée*. [Mémoire d'Orthophonie]. Université de Lille, Lille.
- Demonteil, L., Ksiazek, E., Marduel, A., Dusoulier, M., Weenen, H., Tournier, C., & Nicklaus, S., (2018). Patterns and predictors of food texture introduction in French children aged 4-36 months. *British Journal of Nutrition*, 120, 1065-1077.

- Demonteil, L., Tournier, C., Marduel, A., Dusoulier, M., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2019). Longitudinal study on acceptance of food textures between 6 and 18 months. *Food quality and preference* (71), 54-65.
- ESPGHAN (2017). Complementary feeding : A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN*, 64(1).
- Farhoody, P. (2012). Behavior Analysis. *Veterinary Clinics of North America: Exotic Animal Practice*, 15(3), 361-369.
- Fulcher-Rood, K., Castilla-Earls, A., & Higginbotham, J. (2020). What Does Evidence-Based Practice Mean to You? A Follow-Up Study Examining School-Based Speech-Language Pathologists' Perspectives on Evidence-Based Practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1-17.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44.
- Goday, P., Huh, S., Silverman, A., Lukens, C., Dodrill, P., Cohen, S., ... Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129.
- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Avis du 30 juin 2020 relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants âgés de 0-36 mois et de 3-17 ans.
- Hoffmann, T., & Buchan, H. (2013). Clinical practice guidelines. Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C., *Evidence-based practice across the health professions (Vol 2)*. Sydney, Australia : Elsevier, 313-327.
- Institut de la Statistique du Québec (2002). Etude longitudinale du développement des enfants du Québec (1998-2002). *Evolution des comportements et des pratiques alimentaires*, 2(5).
- Institut de Recherche en Santé du Canada (2011). Le guide alimentaire canadien. <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/>.
- Klein, M., & Morris, S., (2000). Pre-feeding skills. Second Edition. A comprehensive resource for mealtime development. USA: Elsevier Health Science.
- Lau, C., Alagugurusamy, R., Schanler, R.J., Smith, E.O., & Schlman, R.J. (2000). Characterization of the developmental stages of sucking in preterm infants during bottle feeding. *Acta Paediatr*, 89, 846-852.
- Lemarchand, L., Canault, M., & Kern, S. (2020). L'introduction des textures dans la période de diversification alimentaire en France. *Enfance*, 4(4), 527-548.
- Le Révérend, B. J. D., Edelson, L. R., & Loret, C. (2014). Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood. *British Journal of Nutrition*, 111(03), 403-414.
- Lipsitt, L. P. (1998). Learning and Emotion in Infants. *Pediatrics*, 102, 1262-1267.

- Loirat, P. (2000). Référentiels et éthique. *Dreyfuss, D., Lemaire, F., Oudin, H.D., Rameix, S., Recommandations, références médicales, accréditation: les enjeux éthiques, Journées d'éthique médicale Maurice Rapin, Médecine-Sciences Flammarion*, 5-10.
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation Orthophonique*, 257, 71-82.
- Malinovsky, J.M, Pain, L., Juvin, P., Langeron, O., Riou, B., & Martin, C. (2000). Aide à la lecture d'une étude scientifique. Comité des référentiels cliniques de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 19, 209-216.
- Mink, J. W., & Zinner, S. H. (2010). Movement Disorders II: Chorea, Dystonia, Myoclonus, and Tremor. *Pediatrics in Review*, 31(7), 287-295.
- Mohammed, L. S. (2020). Developmental Milestones. CS Mott Children's Hospital, Michigan, USA. Repéré à <https://www.mottchildren.org/posts/your-child/developmental-milestones#whatis>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Boutron, I., Hoffmaan, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., ... Moher, D. (2021)The PRISMA 2020 statement : an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 71, 372.
- Parrish, D. E. (2018). Evidence-Based Practice: A Common Definition Matters. *Journal of Social Work Education*, 54(3), 407-411.
- Phalen, J. A. (2013). Managing Feeding Problems and Feeding Disorders. *Pediatrics in Review*, 34(12), 549-557.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Shrago, L. & Bocar, D. (1989). The infant's contribution to breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 19(3), 209-215.
- Stratton, M. (1981). Behavioral Assessment Scale of Oral Functions in Feeding. *American Journal of Occupational Therapy*, 35, 719-721.
- Van den Engel-Hoek, L., van Hulst, K. C. M., van Gerven, M. H. J. C., van Haaften, L., & de Groot, S. A. F. (2014). Development of oral motor behavior related to the skill assisted spoon feeding. *Infant Behavior and Development*, 37(2), 187-191.
- Vanel, R. (2017, 19 octobre). *Les référentiels dans la documentation scientifique : quelques exemples* [Conférence]. Journées RNB, CIRM, Marseille, France. https://archive-sic.ccsd.cnrs.fr/sic_01637658/document
- Wilson, E. M., & Green, J. R. (2009). The development of jaw motion for mastication. *Early Human Development*, 85(5), 303-311.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Description des critères de la grille de lecture.

Annexe n°2 : Exemple de grille de lecture d'une étude transversale.

Annexe n°3 : Exemple de grille de lecture d'une revue de la littérature.

Annexe n°4 : Exemple de grille de lecture d'une étude longitudinale.

Annexe n°5 : Extrait d'une analyse de documents de recommandations via la grille AGREE.

Annexe n°6 : Extrait d'une analyse de revue systématique via la grille PRISMA.

Annexe n°7 : Tableaux récapitulatifs des articles.

Annexe n°8 : Extraits du référentiel « Acquisition des habiletés alimentaires – Repères issus de la littérature ».