



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2019-2020

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

L'accompagnement familial au regard de l'approche systémique dans les troubles des sélectivités alimentaires

Présenté par *Alice CHAUVET-GIRARD*

Née le 08/02/1996

Présidente du Jury : Madame Prudhon - Emmanuelle - Orthophoniste, chargée de cours,
Co-directrice

Directeurs du Mémoire : Monsieur Chevalier Benoit- Kinésithérapeute et Enseignant chercheur
Madame Boutin Sozic - Orthophoniste, chargée de cours

Membre du jury : Madame Esnault - Anne - Orthophoniste, chargée de cours

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide dans la réalisation de ce mémoire :

Monsieur Benoit Chevalier et Madame Soizic Boutin, mes directeurs de mémoire pour leur soutien, la confiance qu'ils m'ont accordée et leur accompagnement indéfectible tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Madame Prudhon et Madame Esnault pour avoir accepté de participer à mon jury.

Mes maîtres de stage auprès de qui j'ai beaucoup appris cette année : Benoit Chevalier, Carole Jeanjean, Carine Geslin et Juliet Peluau.

Les thérapeutes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire et qui m'ont ainsi permis de mener à bien cette étude.

Les différents professionnels à qui j'ai fait appel pour avis et conseils, notamment Monsieur Rivière pour m'avoir guidée dans les analyses statistiques.

Mes parents pour leur soutien immuable tout au long de ces années.

Mes fidèles amies qui ont égayé ces cinq années d'études d'orthophonie.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
PARTIE THEORIQUE.....	2
I. L'alimentation.....	2
A. Alimentation d'un point de vue général.....	2
B. Aspect culturel	3
C. Aspect social	3
D. Niche écologique et alimentation.....	4
1. Influence de l'entourage, les parents	4
2. Les pairs	5
II. Développement de l'oralité.....	6
A. L'oralité primaire.....	6
B. L'oralité secondaire	7
C. Epigénèse probabiliste et oralité	8
III. Oralité et sensorialité.....	9
A. Période prénatale.....	9
B. De la naissance à deux ans.....	10
1. Nourrisson	10
2. Diversification alimentaire	11
C. Symbolique et alimentaire : période de néophobie alimentaire	11
1. Phase de fermeture	11
2. Paradoxe de l'omnivore	12
3. Moyens pour réduire la néophobie alimentaire	12
IV. Les troubles de l'oralité alimentaire	14
A. Les différents troubles de l'oralité alimentaire	14
B. Sélectivité alimentaire pathologique.....	15
V. L'approche systémique.....	17
A. Approche classique de l'accompagnement parental et l'approche systémique	17
B. Approche systémique d'un point de vue général.....	18
C. Les sous-systèmes.....	20
D. Approche systémique et lien d'attachement	20
E. Approche systémique et oralité.....	21

PARTIE PRATIQUE.....	22
I. Hypothèses.....	22
II. Population d'étude.....	22
III. Méthodologie.....	22
A. Construction du questionnaire.....	22
B. Les parties.....	23
C. Diffusion du questionnaire.....	23
IV. Recueil et analyse des réponses.....	24
A. Informations générales.....	24
B. Déplacement à domicile dans le cadre des troubles de la sélectivité alimentaire.....	25
C. Réalisation de repas thérapeutiques au sein du cabinet.....	27
D. Représentation des conditions de repas au travers des questions de l'anamnèse.....	28
E. Présence des parents lors des séances.....	30
F. Prise en compte des membres de la famille lors des questionnements auprès des parents.....	31
G. Contextes de prises de repas des enfants au sein de la famille.....	35
H. Styles éducatifs des familles des enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire.....	35
I. Niveaux de cohésion des familles.....	37
J. Lien et transfert entre les séances et le quotidien.....	37
K. Analyses statistiques.....	38
V. Rappel des hypothèses et conclusion des résultats.....	40
DISCUSSION.....	41
I. Modélisation de l'approche systémique dans les troubles de la sélectivité alimentaire	
A. Présence des deux parents.....	41
1. Rencontre des parents.....	41
2. Rôle du père.....	42
B. Rencontre et présence de la fratrie.....	42
C. Induire des changements.....	44
D. Outils systémiques.....	44
1. Technique des bouchons / boutons.....	45
2. Génogramme.....	45
3. Le blason.....	46
E. Evaluations systémiques.....	47
1. FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales).....	47
2. Guide d'entretien familial centré sur les ressources de la famille.....	48
F. Formation initiale et formation continue en systémie.....	48

II. Limites de cette étude	49
III. Ouvertures	49
Conclusion	50
Bibliographie	51
ANNEXES.....	57
Annexe 1 : Le trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments, DSM 5.....	57
Annexe 2 : Questionnaire.....	58
Annexe 3 : Résultats réponses questionnaire.....	66
Annexe 4 : Entretien fratrie, Cook-Darzens.....	78
Annexe 5 : Génogramme.....	79
Annexe 6 : Blasons.....	80
Annexe 7 : FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), Olson, Portner et Lavee.....	81
Annexe 8 : Guide d'entretien familial centré sur les ressources de la famille, Echevarria-Doan.....	83

Table des figures

Figure 1 : Likelihood for acceptance of fruits and vegetables in food neophobic and ‘picky/fussy’ eating children.

Figure 2 : Table to show the similarities and differences between food neophobia, picky/fussy eating, and avoidant/restrictive food intake disorder

Figure 3 : Préparation du repas thérapeutique au cabinet

Figure 4 : Répartition présence du père ou de la mère lors des rendez-vous

Figure 5 : Comportements de la fratrie vis-à-vis de leur frère/sœur présentant une sélectivité alimentaire

Introduction

Le repas étant un moment privilégié de convivialité, citons les derniers vers d'Apollinaire dans son poème « Le Repas » (Sauret, 1965), qui soulignent le plaisir partagé de ce moment de la journée :

Quand la faim est calmée
Les fruits gais et parfumés
Terminent le repas
Tous se lèvent joyeux et adorent la vie
Sans dégoût de ce qui est matériel
Songeant que les repas sont beaux sont sacrés
Qui font vivre les hommes

Le repas est ainsi un moment de rassemblement et de partage social et familial.

Si nous rééduquons uniquement les troubles alimentaires en séance sans se soucier de l'environnement familial, il est probable qu'il n'y ait pas de transfert effectif dans le quotidien. Or, aujourd'hui, la prise en soin orthophonique se focalise très souvent sur le patient et son accompagnement parental. La problématique est donc de se questionner sur notre champ d'intervention, sur notre prise en compte globale de ces difficultés dans un environnement familial plus large.

Nous réaliserons dans un premier temps un questionnaire destiné aux différents thérapeutes prenant en charge les troubles de la sélectivité alimentaire. Ce dernier a pour objectif :

- D'évaluer et analyser le suivi des professionnels auprès des familles dans leur globalité, dans leur cadre de vie
- De percevoir les possibilités d'intervention dans l'environnement familial mais aussi les limites
- De prendre en compte la place de chacune des personnes pouvant influencer l'enfant
- De constater s'il y a des transferts de progression qui se concrétisent en dehors des séances

Dans un second temps nous proposerons une modélisation d'une approche familiale, selon l'approche systémique, s'appliquant aux troubles de la sélectivité alimentaire.

PARTIE THEORIQUE

I. L'alimentation

A. Alimentation d'un point de vue général

Se nourrir est un acte quotidien et essentiel de tout être humain tout au long de sa vie. Ceci peut être perçu comme un acte banal mais il s'agit en fait d'une activité complexe qui ne se réduit pas uniquement à son aspect nutritionnel et vital. Plusieurs facteurs interviennent dans l'alimentation : génétiques, biologiques, physiologiques, sociologiques et culturels (Chiva, 2012).

Cyrulnik (2017) mentionne que « le fait de manger satisfait à la fois un besoin et un désir : besoin de carburant pour faire fonctionner notre corps et désir d'incorporer l'autre » (p.8). S'alimenter présente ainsi une part sociale importante dans notre vie, le repas représente un moment d'échange, de transmission, de construction de l'identité personnelle et culturelle et est source de plaisir (Chiva, 2012). Il garantit « notre vivre-ensemble, notre vivre bien et bien-vivre » (RocheGude, 2017, p. 20). On peut parler de commensalité, terme évoqué par Claude Fischler (2017) signifiant le fait de partager un repas et au sens littéral, de manger à la même table (*mensa*). Il décrit l'acte de se nourrir comme ayant une fonction sociale essentielle. Cette grande diversité et complexité que caractérise l'alimentation est étudiée par Cyrulnik (2017) qui énonce que : « le fœtus humain se nourrit de substances naturelles, le nouveau-né tète le lait de sa mère, l'enfant découvre les nourritures que lui offre son entourage et dès qu'il se met à penser, il se nourrit des mots des autres et des récits de sa culture » (p. 7). Ainsi, cet auteur souligne l'aspect évolutif de l'alimentation, sa part nutritionnelle, sociale et cognitive.

Le repas peut être décrit sous trois aspects (De Saint Pol, 2012) :

- La composition du repas avec la constitution des aliments
- Les modalités : les horaires, la durée, la fréquence
- L'organisation sociale autour de l'alimentation : l'ensemble des personnes présentes autour du repas, le lieu ainsi que les activités quotidiennes autour de la cuisine.

L'alimentation rythme notre quotidien et y est omniprésente.

B. Aspect culturel

Les modes et répertoires alimentaires sont propres à chacun, à chaque famille mais aussi à chaque culture. Cette dernière influence les choix et préférences alimentaires d'une personne et a un impact sur sa socialisation (Dupuy, 2017). Claude Fischler (2017) énonce que : « Ce qui est biologiquement mangeable n'est pas nécessairement culturellement classé comme comestible » (p.119).

Par ailleurs, le repas a une structure propre à chaque pays, selon sa norme sociale donnant ainsi lieu à un cadre : l'heure de prise du repas, le nombre de plats, ce qui peut être mangé... variant ainsi d'un coin à un autre de la planète.

Dans la culture française, les repas sont généralement partagés avec des normes sociales établies dans un lieu déterminé et à heure fixe (Fischler, 2017) et sont définis selon une structure « normale » composée de trois plats (entrée, plat, dessert, avec ou non le fromage qui s'y ajoute) (De Saint Pol, 2012).

C. Aspect social

Le repas permet une intégration au groupe familial puis plus tard au groupe sociétal (Dupuy, 2017). C'est par le mimétisme que le jeune enfant apprend à s'alimenter et prend plaisir à être auprès de ses pairs, à appartenir à un groupe (Politzer, 2012). Le tout petit est lors de ses premières années de vie totalement dépendant de ses parents, ces derniers lui transmettant ainsi leurs propres habitudes alimentaires et une sélection de produits. Le jeune enfant est donc influencé par les choix de ses parents mais pas seulement. En effet, ses préférences vont s'affiner et se définir grâce aux différents environnements auxquels il va être confronté : parents, fratrie, amis, école, médias, environnement commercial (Dupuy & Watiez, 2012).

Rozin (1988, cité par Dupuy & Watiez 2012), utilise le terme « *food socialization* », pour définir les personnes à l'origine de la socialisation alimentaire des enfants. Sous l'expression de socialisation alimentaire, sont regroupés les connaissances, les représentations et comportements alimentaires ainsi que le développement du goût. L'enfant doit également apprendre à se familiariser avec les modèles alimentaires de son environnement social. Il intériorise petit à petit les rites, normes, règles autour de l'alimentation et la manière de manger (Dupuy, 2017).

Les repas en famille, en particulier ceux du soir, sont un moment important de la socialisation des enfants à travers les diverses conversations, les comportements à adopter socialement (Mäkelä, 2012). Le dîner est dans la plupart des cas pris au domicile réunissant ainsi la famille, contrairement au déjeuner qui est souvent consommé hors du ménage. (De saint Pol, 2012).

D. Niche écologique et alimentation

1. Influence de l'entourage, les parents

La notion de niche écologique est développée par Bullinger et signifie le milieu dans lequel l'enfant évolue, à la fois physique, humain avec les interactions, ainsi que biologique. Ce dernier aspect est développé par Edelman (2004) à travers sa théorie de sélection des groupes neuronaux qui souligne qu'un réseau de neurones se forme par renforcement ou affaiblissement des connexions, en réponse à diverses stimulations et apprentissages d'expériences personnelles. L'enfant va se familiariser et s'approprier les représentations et les attentes de son milieu (Bullinger, 2000). Les parents sont les principaux interlocuteurs et éducateurs de leur enfant. Ils tiennent par conséquent une place primordiale dans l'orientation de leur répertoire et de leurs préférences alimentaires. Ils influencent leur alimentation en proposant leur propre modèle avec leurs choix, aversions et comportements (Marquis, 2012). Ils transmettent à leur enfant de nouveaux apprentissages tels que : la découverte des textures, des formes, des couleurs, la capacité à tenir sa fourchette et à boire au verre... (Dumoulin, 2013).

Il existe différents styles éducatifs qui ont un impact sur les comportements alimentaires des enfants :

- Le style démocratique : est caractérisé par des règles claires qui sont expliquées à l'enfant, par une éducation structurée et ajustée. L'enfant connaît ces règles et doit les respecter. L'adulte décide du menu, de l'horaire des repas et du lieu où ils se prennent et laisse l'enfant choisir la quantité qu'il souhaite consommer. Il s'agit d'un partage des responsabilités (Etievant, et al., 2010). Ce style éducatif permet une alimentation variée et équilibrée, ainsi qu'un respect des goûts, de la faim et de la satiété de l'enfant, il est donc à privilégier. Il facilite le développement de la maîtrise de soi et de l'autonomie de l'enfant et l'oriente vers des habitudes alimentaires saines (Vereecken, Keukelier, & Maes, 2004).
- Le style autoritaire : est marqué par des règles rigides qui sont imposées à l'enfant, quant aux aliments et aux quantités mangés. Ce mode éducatif est accompagné de punitions, de ruses ou récompenses comme par exemple : « mange tous tes légumes si tu veux être fort »

ou encore « finis ton assiette si tu veux avoir du dessert ». Il a été montré qu'adopter des propos directifs pour forcer son enfant à manger des légumes induisait une préférence très faible pour ces derniers (Nicklas, et al., 2001). L'adulte autoritaire peut restreindre l'accès de l'enfant à certains aliments (notamment ceux riches en sucre et en gras) ce qui va en réalité favoriser leur surconsommation (Birch & Fisher, 1998). Certains vont contraindre leur enfant à manger moins s'ils pensent que c'est trop ou qu'il risque de grossir. Les impacts sont nombreux, l'enfant peut être amené : à manger sans plaisir, à avoir une aversion pour les aliments, à ne pas respecter ses mécanismes de faim-satiété (en mangeant trop ou pas assez), à être exposé à une faible variété alimentaire. Il s'agit donc d'un style éducatif à éviter.

- Le style permissif : est caractérisé par une absence de règles, pour éviter tout conflit. Ce mode pourrait être décrit comme laisser l'enfant manger ce qu'il veut (Nicklas et al., 2001). Les enfants sont alors autorisés à choisir librement ce qu'ils veulent manger et quand ils veulent manger, ils choisissent des aliments riches en sucre, sodium et gras saturés (Klesges, Stein, Eck, Isbell, & Klesges, 1991). Ceci va induire chez l'enfant une faible variété et un déséquilibre dans son alimentation car il ne va choisir que des aliments qu'il aime et qu'il connaît. Ce style éducatif n'est pas recommandé.

Ainsi, exercer une forte permissivité ou un excessif contrôle sur les comportements alimentaires des enfants peuvent avoir une incidence négative sur eux. Il est donc préférable de mettre en place des discussions, de favoriser l'autonomie de son enfant tout en conservant un cadre. Nous pouvons faire un lien avec la théorie de l'attachement qui permet à l'enfant d'explorer en toute sécurité. Le parent va réagir et répondre aux divers signaux de son enfant, il va s'adapter à ses besoins créant alors attachement et réconfort. (Guedeney & Guedeney, 2009). Il s'agit alors de la notion de *caregiving*.

Par ailleurs lors des moments de repas, certaines familles font le choix de préparer des plats distincts, pour les enfants et les adultes. Cela s'oppose à la notion de partage indispensable au repas (Dumoulin, 2013).

2. Les pairs

Le mimétisme permet de nombreux apprentissages lors des temps de repas. Politzer (2012) énonce que « ces phénomènes d'imitation et d'influence sociale interviennent à tout âge car l'homme, véritable animal social, a un besoin vital d'appartenir à un groupe pour se développer » (p.427).

L'enfant se détache petit à petit du cercle familial pour se différencier et adopter des pratiques alimentaires proches de celles d'autres cercles d'influence. On observe parfois des enfants qui rejettent certains aliments au sein de la famille mais ne sont pas sélectifs dans les autres lieux sociaux tels que la crèche ou lors de l'anniversaire d'un autre enfant par exemple (Bellisle, 2010). Birch, en 1980 a montré que les enfants qui rejetaient initialement un aliment, le consommaient et l'appréciaient quatre jours après, grâce à l'influence de ses pairs au repas. Par ailleurs, on constate une forte influence au sein même des fratries, les cadets imitent très souvent leurs aînés, notamment lorsqu'il s'agit de refus alimentaire (Pliner & Pelchat, 1986 ; cités par Schaal, Delaunay-El Allam & Soussignan, 2008).

II. Développement de l'oralité

Le terme d'oralité est issu de la psychanalytique. Il concerne la zone orale et toutes les fonctions qui en découlent. Il existe plusieurs types d'oralités : l'oralité alimentaire, l'oralité verbale et une oralité sensorimotrice. Celles-ci interagissent les unes avec les autres. La bouche est le lieu de multiples découvertes, d'explorations, de liens avec l'environnement sur le plan sensoriel et moteur.

A. L'oralité primaire

L'oralité débute dès la vie intra-utérine, avec des expériences embryonnaires et fœtales réalisées grâce aux effecteurs sensorimoteurs et sensoriels (Abadie, 2012). Citons le réflexe de Hooker qui détermine les prémices des mouvements de succion et qui vient marquer le début de l'oralité. La main du bébé effleure alors les lèvres provoquant l'ouverture de la bouche et laissant sortir la langue. C'est à cette étape que l'oralité embryonnaire va devenir fœtale. Les premiers mouvements antéropostérieurs de succion se développent vers la 10^e semaine, il s'agit d'un réflexe inné. Puis vers la 12^e et 15^e semaine apparaît la déglutition. La succion est par conséquent la fonction motrice la plus archaïque qui se développe chez l'humain. Puis le fœtus va poursuivre les mouvements de succion-déglutition soit en suçant ses doigts ou orteils, soit par l'ingestion du liquide amniotique afin que cette fonction soit efficiente à la naissance (Thibault, 2017). Il s'agit de la seule fonction sensorimotrice, qui est entièrement mature et fonctionnelle à la naissance (Couly, 2015).

L'oralité primaire est localisée dans le tronc cérébral, qui gère les fonctions vitales (contrôle cardiaque, ventilation, déglutition) (Thibault, 2017).

A la naissance, l'oralité primaire conserve les séquences sensorimotrices développées lors de la période fœtale. Elle va cependant se modifier dans sa rythmicité fonctionnelle par la manifestation de la fonction nutritionnelle (Couly, 2015). Le nourrisson va alors téter pour s'alimenter. Il exerce une pression labiale sur le mamelon ou la tétine, puis réalise une dépression buccale et une pression de la langue contre le palais (Thibault, 2017). La succion va se coupler à la déglutition et la ventilation de manière la plus optimale possible. Lorsque le nourrisson est nourri, cela crée des sensations de plaisir, d'apaisement grâce à toutes les sensations sensorielles perçues pendant ce temps de repas. De plus, la tétée est un moment privilégié dans la relation mère-enfant, essentiel au processus d'attachement.

L'oralité alimentaire et l'oralité verbale se développent conjointement.

B. L'oralité secondaire

L'oralité secondaire se développe autour de quatre-sept mois, elle se corticalise¹ et devient volontaire. Avant de passer exclusivement à l'oralité secondaire, le tout petit continue en parallèle une oralité succionnelle primitive, on parle alors de double stratégie alimentaire ayant lieu durant un ou deux ans (Thibault 2017). Des changements anatomiques s'opèrent durant cette étape, à partir du second semestre de vie. On peut alors relever : l'allongement du cou, la descente du larynx, l'augmentation de l'espace de la cavité buccale, le voile du palais vient fermer le nasopharynx pendant la déglutition et n'est plus en contact avec le larynx comme précédemment, le développement de structures corticales et cognitives.

Cette étape est caractérisée par l'arrivée d'une nouvelle stratégie motrice : le passage à la cuillère. La praxie orale volontaire du nourrisson se développe alors en modifiant ses procédés de prise orale (Couly, 2015). Cette phase se développe parallèlement à l'éruption des dents de lait vers environ six mois. Mais il s'agit avant tout d'une étape neurologique, impliquant la maturité du cortex cérébral, on parle alors de corticalisation de l'oralité. Il s'agit de praxies complexes impliquant les capacités visuelles, l'ouverture de la bouche, l'aptitude à saisir la cuillère entre les lèvres et les dents, le contrôle et la mobilisation des aliments en bouche ainsi que des facultés d'imitation (Thibault 2017).

Le nourrisson maîtrise et contrôle de plus en plus les mouvements latéraux dans sa cavité

¹ Corticalisation : implication du cortex cérébral

buccale, la fonction de malaxage rentre alors en jeu. Puis l'alimentation évoluera progressivement vers la mastication, c'est-à-dire l'action de broyer les aliments avec les dents et par l'implication des mouvements de la mâchoire. Cette étape, mature vers trois ans, permet de découvrir de nouveaux aliments aux diverses textures et saveurs.

L'oralité secondaire est volontaire et implique de nombreuses acquisitions (motrices, sensorielles, cognitives). Elle peut induire à cette étape des troubles du comportement alimentaire. Abadie (2012) exprime que l'oralité secondaire se développe conjointement « à l'acquisition de la préhension volontaire (5 mois), la mise en bouche des objets (6 mois), l'organisation regard-mains-axe médian (7 mois), puis du geste volontaire d'échange (9 mois). « je prends, je mets en bouche, je garde, je donne ou je crache... je décide, j'aime ou je n'aime pas » (p.5).

L'enfant va apprendre au fur et à mesure à maîtriser la propreté orale au cours du repas grâce à la continence salivaire, la prise adaptée des couverts ainsi que le développement de l'axe œil-main-bouche. Ceci deviendra fonctionnel à trois ans et favorisera la socialisation du jeune enfant (Thibault 2017).

L'oralité alimentaire est complexe et multifactorielle (à la fois physiologique, psychologique, sociale et culturelle) mais également délicate dans le développement de l'enfant. Si des difficultés naissent, il est alors nécessaire d'analyser « depuis la naissance, voire avant elle, comment cette oralité s'est construite, pour en comprendre les troubles » (Abadie, 2012, p.6).

C. Épigenèse probabiliste et oralité

L'oralité suit un développement neuro-fonctionnel et dépend du processus d'épigenèse en lien avec les expériences de l'environnement. L'activité neuronale agit sur le développement de l'enfant et est provoquée soit par la libération de neurotransmetteurs soit par l'influence des milieux. Les activités cellulaires sont communes à tous les individus d'une même espèce alors que le processus probabiliste dépend du milieu, marquant ainsi la différenciation entre chaque membre de l'espèce (Jouen, Paldi, Chevalier, & Molina, 2017). Dès la vie intra-utérine, le milieu influe sur le fœtus qui réalise des apprentissages et mémorise les expériences de son environnement. Les facteurs épigénétiques sont extérieurs, dépendants de l'environnement et sont « des modulateurs de l'expression génique ». L'épigenèse probabiliste représente alors les expériences que vit le jeune enfant dans son milieu de vie et qui vont impacter ses réseaux

neuronaux. Ces derniers se modifient en fonction des différentes stimulations reçues dans son environnement : si elles sont positives la structure des réseaux neuronaux est renforcée et adaptée, si à l'inverse elles sont négatives, ces réseaux disparaissent. Hebb en 1947 (cité par Kolb, Whishaw & Teskey, 2019) a comparé des rats dans un milieu « enrichi » et d'autres restés en cage et a observé que ceux du premier groupe obtenaient de meilleures performances, permettant alors d'améliorer les capacités d'apprentissage. Lorsque le milieu est enrichi, ceci permet des expériences riches au niveau sensoriel, moteur et social provoquant alors une augmentation du poids du cerveau. Il y a alors phénomène d'épigénétique avec la modification de l'expression de gènes associée à la structure et la physiologie des neurones. Il en est de même pour les bébés : si leur milieu est appauvri (avec l'utilisation d'installations contenant, la confrontation excessive à des écrans, la prise de tétine en dehors de périodes « utiles »...) ceci va alors limiter les contacts œil-main-bouche, diminuer les activités sensorimotrices spontanées et être un obstacle aux expériences gnosopraxiques². Dans les milieux appauvris, nous pouvons également citer l'alimentation hospitalière et industrielle qui va induire une faible variété des goûts, des textures et des odeurs, une présentation peu attractive, et l'absence de partage. Les régimes, les allergies et les intolérances par leurs stimulations appauvries créent aussi des restrictions alimentaires dues à l'environnement, provoquant une importante sélectivité (Rigal, Reiter, Morice, De Boissieu, & Dupont en 2005).

Ainsi, l'environnement dans lequel on vit va être déterminant sur les réseaux de neurones et va avoir un effet sur les apprentissages alimentaires.

III. Oralité et sensorialité

A. Période prénatale

In utero, les différents sens se développent et deviennent rapidement fonctionnels : le toucher, l'odorat et la gustation, l'ouïe et la proprioception et enfin la vision qui mûrira les mois suivant la naissance (Schaal, 2017).

En ce qui concerne le goût (l'olfaction et la gustation), le fœtus est capable d'inhaler et de distinguer les différentes odeurs présentes dans le liquide amniotique à environ 21 semaines de gestation (Schaal, 2017). Des études ont montré que le liquide amniotique était influencé par les arômes de l'alimentation de la mère (Rigal, 2010). Le bébé reconnaîtra ensuite ces arômes

² Gnosopraxique : ajustement pratique adapté à la forme, la texture permettant une utilisation pragmatique

à la naissance, il s'agit d'une phase d'apprentissage précoce qui influencera son alimentation postnatale (Schaal, Marlier, & Soussignan, 2000). Il ne s'agit donc pas d'une programmation génétique pour l'olfaction mais de cognition néonatale (influence de l'alimentation de la mère).

De plus le fœtus montre certaines préférences (saveurs sucrées et substances nourrissantes) et aversions (amer et acide) (Bellisle, 2010).

Le fœtus va réaliser de nombreuses expériences gnosopraxiques grâce aux nombreux capteurs tactiles dont il dispose (paumes de main, plantes de pieds et de la sphère orale) avec les supports présents dans l'enceinte utérine (cordon, liquide amniotique et son propre corps).

B. De la naissance à deux ans

1. Nourrisson

A la naissance, le nourrisson va s'alimenter exclusivement de lait (lait maternel ou lait infantile). En ce qui concerne le lait maternel, il est influencé au niveau de son goût, de sa saveur et de son odeur par les choix alimentaires de la mère. L'allaitement présente donc une variété chimiosensorielle³ importante pour le tout petit et « favorise donc l'acquisition du goût pour la variété » (Rigal, 2010, p. 211).

Dès ses premiers instants de vie, le nourrisson forge des préférences au niveau des goûts alimentaires. Puis les goûts vont évoluer et parfois devenir très différents à l'âge adulte par rapport aux attitudes innées : exemple des adultes qui n'aimeraient pas le sucré alors qu'il s'agit au départ d'une saveur très appréciée des nourrissons (Bellisle, 2012).

Steiner (1979) a montré que la saveur sucrée, très appréciée pendant la vie intra-utérine, reste attractive pour les nouveaux-nés, tout comme la vanille (Marlier, Gaugle, Astruc et Messer, 2007). En effet, ces derniers expriment des mimiques faciales de plaisir quand ils en consomment (avec une succion accentuée). A l'inverse des mimiques de répulsion ont lieu lorsqu'il s'agit de saveurs amères ou acides. Il est à noter que ce dégoût est variable d'un enfant à un autre, réagissant à des concentrations plus ou moins élevées.

D'autre part, d'après une étude menée par Soussignan, Schaal et Marlier (1999), ces réponses positives ou aversives dépendent également du niveau de satiété de l'enfant. En effet, chez le tout petit qui attend d'être nourri, l'odeur du lait amènera des mimiques de plaisir alors que chez le nourrisson rassasié, il émettra des réponses négatives.

³ Chimiosensorielle : goût et odorat sont des sens chimiques

En ce qui concerne l'olfaction, le nouveau-né est capable de se souvenir d'une odeur après une exposition à celle-ci et ce pendant une longue période. En effet Delaunay-El Allam, Soussignan, Patris, Marlier et Schaal (2010) ont mis en avant que lorsque des nouveaux-nés étaient exposés à une odeur spécifique telle que la camomille au moment de la tétée, ces derniers préféraient cette odeur à une autre sept mois après, voire même à l'âge de 21 mois.

2. Diversification alimentaire

La diversification alimentaire est une étape clé et fondamentale pour le jeune enfant, ce dernier va se confronter à de nouvelles saveurs, textures, processus sensoriels et relationnels. Il s'agit pour lui d'une période d'apprentissages complexes où il découvrira de nouveaux aliments, des manières de manger et tout le contexte d'un repas (Schaal, 2017).

La période de diversification alimentaire doit se dérouler entre quatre et six mois, en prenant soin de garder le lait maternel ou laits infantiles comme alimentation de base pour les tout petits jusqu'à un an (Tounian, 2010). On parle de phase d'ouverture pendant la diversification alimentaire. Le jeune enfant aura plus de difficultés lorsqu'il s'agira d'introduire des aliments solides, puis petit à petit sa mastication se développera et il appréciera de plus en plus les textures dures, laissant de côté sa préférence initiale pour les textures lisses. Il pourra ainsi manger une très grande variété d'aliments, seuls ceux ayant une texture fibreuse et gluante présenteront encore de la réticence (Rigal, 2010). Pendant cette période d'expansion du répertoire alimentaire se développent en parallèle les habilités motrices, les capacités cognitives, lexicales et les structures sociales du jeune enfant qui se construisent autour du repas (Schaal, Delaunay-El Allam, & Soussignan, 2008).

C. Symbolique et alimentaire : période de néophobie alimentaire

1. Phase de fermeture

Vers deux ans, les enfants rentrent dans la période d'exploration symbolique, des questionnements apparaissent, bouleversant ainsi leurs habitudes. Manger représente pour eux une expérience sensorielle mais également cognitive en analysant les différentes caractéristiques des aliments présents dans leur assiette. Les enfants vont alors devenir réticents à manger des aliments nouveaux et non familiers (notamment l'ensemble des légumes) mais également les aliments jusqu'alors consommés (Poulain, 2012). Il s'agit de la période de néophobie alimentaire, terme utilisé pour la première fois par Rozin. Il s'agit d'une période

normale du développement de l'enfant puisque qu'elle touche 75% d'entre eux (Rigal, 2010). Cette étape apparaît autour de deux ans, conjointement à la phase d'opposition des jeunes enfants et marque leur autonomie alimentaire. Rigal (2010) parle de « phase de fermeture » faisant suite à la « phase d'ouverture » avant deux ans. Ce phénomène de néophobie induit un déséquilibre alimentaire avec une consommation moindre de nutriments et vitamines, pouvant impacter la croissance de l'enfant.

Knaapila et al. (2007) ont montré dans leur étude que la néophobie alimentaire disposait de composantes génétiques. Ce phénomène serait donc dû à des facteurs de prédispositions biologiques, avec la présence de certains polymorphismes génétiques (Cooke, Haworth, & Wardle, 2007). Mais ceci n'explique pas uniquement ce phénomène, l'environnement individuel de l'enfant va également l'influencer. En effet, la néophobie pourrait être expliquée à hauteur de 20% par l'utilisation de certaines techniques éducatives tels que le chantage, la récompense, les pratiques de substitution... (Etievant, et al., 2010).

2. Paradoxe de l'omnivore

Fischler (1990), estime que cette néophobie les protège de l'empoisonnement, des aliments inconnus et potentiellement toxiques. Il développe la notion du « paradoxe de l'omnivore » soulignant deux comportements contradictoires et concomitants chez l'homme : d'un côté une attitude de néophilie marquée par un attrait pour la nouveauté, pour la variété alimentaire et poussée par l'exploration et le changement ; et de l'autre, la peur de la nocivité d'un aliment nouveau, la néophobie.

3. Moyens pour réduire la néophobie alimentaire

La variété

Des chercheurs ont montré que les jeunes enfants à qui on a proposé une diversification alimentaire variée s'adaptent plus facilement face à un aliment nouveau et sont par conséquent moins néophobes. (Gerrish & Mennella, 2001, Maier, Chabanet, Schaal, Issanchou, & Leathwood, 2007, Maier, Schaal, Leathwood & Issanchou 2016). Une étude menée par Dridi, Oulamara, & Agli (2014) a mis en évidence que l'exposition à une variété de saveurs lors de la vie intra-utérine puis plus tard à travers le lait maternel pouvait atténuer le degré de néophobie alimentaire au moment de la petite enfance. A l'inverse le lait infantile présente une uniformité de saveurs (Gerrish & Mennella, 2001).

Les enfants « acidophiles » sont aussi les moins néophobes et les plus adeptes de découvertes de nouvelles sensations (Schaal, Delaunay-El Allam et Soussignan, 2008).

L'exposition répétée

Des études ont montré que plus la présentation des légumes était répétée dès le début de la diversification, plus ils étaient acceptés et appréciés par les enfants (Remy, Issanchou, Chabanet, & Nicklaus, 2013). De plus, une étude menée par Maier, Chabanet, Schaal, Issanchou, & Leathwood, 2007, a proposé à des mères de donner des purées d'un légume non apprécié par leur enfant et de renouveler l'exposition plusieurs fois, à plusieurs repas. Les résultats ont montré qu'à la huitième exposition, l'aliment initialement rejeté était maintenant apprécié par le nourrisson. Le légume n'est plus inconnu pour l'enfant, il s'est familiarisé à toutes les caractéristiques de cet aliment et pourra ainsi l'accepter.

Ces effets semblent être maintenus dans le temps car neuf mois plus tard, plus de la moitié des jeunes enfants continuaient de consommer le légume.

La familiarisation avec les aliments

De plus, Dumoulin (2013), énonce que pour que l'enfant mange plus facilement, il peut être intéressant de le familiariser avec les différents aliments et de l'intégrer aux différentes étapes du repas : de la collecte (dans le jardin ou sur le marché) jusqu'à l'élaboration du plat. En effet, l'enfant va ainsi appréhender l'origine du produit, ses caractéristiques, sa transformation entre l'état initial et l'aliment rencontré dans l'assiette. L'enfant aura ainsi des connaissances, il sera alors moins réticent. Pour cette auteure, ceci peut avoir un impact sur le degré de néophobie.

Une présentation séduisante

Dumoulin (2013), mentionne qu'une présentation attrayante des aliments (en variant sur les formes, couleurs), permet d'améliorer la consommation de certains aliments. Présenter un même aliment cuisiné de différentes manières ouvre également la variété de consommation.

Laisser les enfants s'exprimer

Faire dire aux enfants ce qu'ils pensent et ressentent lors d'un repas peut être bénéfique car « Le langage permet d'établir des liens entre l'inconnu et le familier. » (Dumoulin, 2013). La cognition joue alors un rôle très important.

L'entourage

Dovey, Staples, Gibson, & Halford (2008) mentionnent que lorsque l'entourage consomme des aliments nouveaux devant l'enfant, ceci facilitera sa propre consommation. De plus, le comportement alimentaire des parents notamment celui de la mère influence celui des enfants. La présence des frères et sœurs au moment du repas joue également un rôle bénéfique pour protéger et influencer favorablement sur les difficultés alimentaires (Schaal, Delaunay-El Allam & Soussignan, 2008).

IV. Les troubles de l'oralité alimentaire

A. Les différents troubles de l'oralité alimentaire

Les troubles de l'oralité alimentaire, sont parfois nommés « dysoralité », terme utilisé par Thibault (2017), qui donne la définition suivante : « Le terme de dysoralité recouvre l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale. Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation, et de troubles qui affectent l'ensemble de l'évolution psychomotrice, langagière et affective de l'enfant. » (p.71).

Citons la nouvelle définition des troubles alimentaires nommée « Pediatric Feeding Disorder » (PFD) qui a été décrite par Goday et al. en 2019. Les auteurs utilisent le terme de « Pediatric Feeding Disorder » (PFD) que nous pourrions traduire par Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP), établissant ainsi un consensus international de la définition de ces troubles. Cette définition s'appuie sur la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, en prenant en compte quatre aspects : médical, nutritionnel, alimentaire et psycho-social. Ces troubles sont définis par les auteurs comme « impaired oral intake that is not age-appropriate, and is associated with medical, nutritional, feeding skill, and/or psychosocial dysfunction » (Goday et al., 2019, p. 125). Il s'agit ainsi d'une altération de l'ingestion des aliments qui n'est pas appropriée à l'âge et qui est associée à des problèmes médicaux, nutritionnels, des compétences alimentaires et/ou à un dysfonctionnement psychosocial.

B. Sélectivité alimentaire pathologique

La sélectivité alimentaire

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5, 2013) décrit les « troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion ». Dans cette catégorie on y trouve notamment le « trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments » qui est une catégorie de sélectivité alimentaire. Les critères diagnostiques énoncés dans le DSM 5 sont présents en Annexe 1 (p.57).

La sélectivité alimentaire est la consommation d'une faible variété d'aliments, avec le rejet d'aliments familiers et non-familiers. Ceci interfère avec la routine quotidienne, impactant les parents, l'enfant ou la relation parent-enfant, fragilisant ainsi l'harmonie familiale (Dovey, 2018). Rigal, Reiter, Morice, De Boissieu & Dupont (2005) mentionnent que : « Dans sa forme pathologique la néophobie alimentaire peut déboucher sur un syndrome d'hyper sélectivité qui entrave largement les processus de diversification et d'adaptation sociale de l'enfant » (p.1715).

La consommation de légumes est souvent très réduite. Cela peut ainsi présenter des risques pour leur santé avec des carences ou ingestion d'éléments trop nutritifs (Taylor, Wernimont, Northstone, & Emmett, 2015). De plus, les enfants sélectifs sont plus réticents à consommer des plats mélangés car les aliments y sont plus difficiles à identifier (Carruth, Ziegler, Gordon, & Barr, 2004, cités par Lafraire, Rioux, Giboreau & Picard, 2016).

Les enfants ayant une sélectivité alimentaire montrent une répulsion envers certaines textures ou consistances, odeurs ou encore températures d'aliments. Ils peuvent présenter une forte sensibilité tactile, avec une résistance à : s'habiller, se peigner, marcher dans l'herbe, jouer dans le sable... Cette sensibilité accrue peut se retrouver au niveau de la sphère orale créant alors un rejet pour certains aliments aux textures spécifiques (Smith, Roux, Naidoo & Venter, 2005).

Une alimentation sélective peut être influencée par divers facteurs tels que : la pression alimentaire, la personnalité, les pratiques et styles alimentaires des parents, le contrôle parental, les influences sociales. On note aussi des facteurs spécifiques comme : l'absence d'allaitement maternel exclusif, l'introduction d'aliments complémentaires trop précocement et l'introduction tardive d'aliments à mâcher (Taylor, Wernimont, Northstone & Emmett, 2015).

Face à ces difficultés alimentaires, les filles et les garçons semblent être touchés de la même manière. En revanche, la présence de la fratrie semble être protectrice d'une hyper-sélectivité (Hafsad, Abebe, Torgersen, & Soet, 2013).

Un autre élément à prendre en compte est l'exposition aux écrans qui a un effet sur la prise alimentaire. En effet, les enfants sont confrontés très tôt aux écrans lors des temps de repas : 15% durant le premier trimestre de vie, 29% entre 0 et 3 ans (Bocquet, Corbeau, & Bocquet, 2014). Les écrans viennent interférer avec le rythme et la qualité des repas (Baton-Hervé, 2018). L'analyse sensorielle est également touchée en affectant les perceptions tactiles, olfactives, gustatives et visuelles des aliments. Les interactions avec les proches sont réduites, annihilant alors la notion de partage et d'échange (Marcelli, Bossière, & Ducanda, 2018). Une étude menée par Arcan, Bruening & Story en 2013 a montré que les enfants sont exposés quotidiennement à des publicités d'alimentation non équilibrée (aliments transformés). Par conséquent, ils ne visualisent plus les aliments sous leur forme brute, ceci pouvant créer des sélectivités alimentaires.

Distinction entre Néophobie alimentaire, Trouble de la sélectivité alimentaire et Trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments

Dovey (2018) admet une distinction, bien qu'elle soit difficile à faire, entre la néophobie alimentaire, le trouble de la sélectivité alimentaire et le trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments. Ainsi, pour les différencier, l'un des critères sera la fréquence et l'ampleur du refus alimentaire. En effet, le trouble de restriction ou d'évitement se stabilise au cours du temps, ce qui le différencie de la néophobie alimentaire.

Ainsi, pour distinguer un trouble sélectif pathologique de la néophobie alimentaire, on repérera pour le premier : des signes de sensibilité sensorielle, une anxiété face à un aliment familier, un allongement du temps de repas de manière excessive, des comportements alimentaires interférant avec l'équilibre familial (Dovey, 2018).

La figure 1 montre que la néophobie alimentaire diminue après la présentation répétée de nouveaux aliments, tandis que pour une sélectivité alimentaire pathologique, le rejet des aliments persistera malgré plusieurs expositions (Dovey, Staples, Gibson & Halford, 2008). La figure 2 relève les similitudes et différences entre les trois concepts (Dovey, 2018).

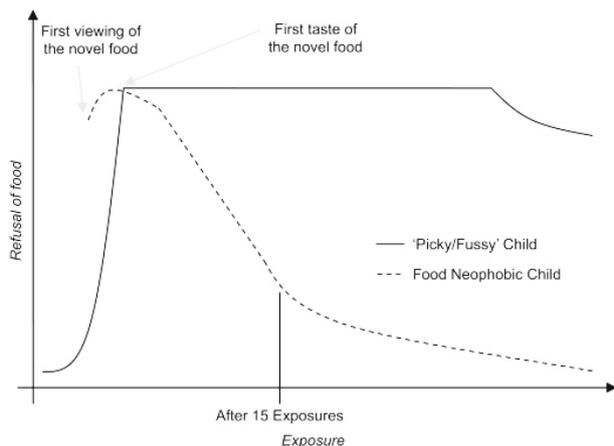


Figure 1 : Likelihood for acceptance of fruits and vegetables in food neophobic and 'picky/fussy' eating children.

	Food neophobic child	Picky/fussy eater	Child with ARFID
Rejects new foods	✓	✓	✓
Rejects known food	X	✓	✓
Weight loss	X	X/✓	✓
Nutrient deficiency	✓	✓	✓
Dependency on supplements	X	X	✓
Sensory sensitivity	X	✓	✓
Engages in food avoidance	✓	✓	✓
Anxiety	X	X	✓
Responds to simple exposure	✓	X	X

Figure 2: Table to show the similarities and differences between food neophobia, picky/fussy eating, and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

V. L'approche systémique

Dans ce contexte, il semble donc nécessaire en tant que thérapeute de porter notre attention sur l'ensemble de la famille et sur son fonctionnement afin d'agir au plus près du quotidien de l'enfant et de prendre ainsi en compte la triangulation relationnelle patient-famille-institution (Mazaux, Destailats, Belio, & Pélissier, 2011).

A. Approche classique de l'accompagnement parental et l'approche systémique

D'après le dictionnaire d'orthophonie, la guidance parentale est définie comme « l'ensemble des moyens mis en place auprès des parents d'un enfant handicapé, quel que soit le handicap, afin de préserver ou rétablir une bonne relation parents/enfant et d'éviter que d'autres ne

viennent s'ajouter aux difficultés de l'enfant. Elle est intrinsèquement liée à l'éducation précoce de l'enfant... Elle est axée autour de trois pôles :

- l'accompagnement des parents afin de les aider à accepter l'enfant tel qu'il est et à adapter leur interaction et leurs exigences en fonction des difficultés et du handicap de l'enfant.
- l'information sur le développement normal de l'enfant dans tous les domaines et la façon dont le développement va se passer pour leur enfant pas à pas.
- les conseils sur les attitudes à mettre en place ou les activités à proposer à leur enfant afin de l'aider au mieux dans son développement » (p.122)

On est ici dans une relation prenant en compte uniquement les parents, ce qui peut être limitatif et insuffisant dans le contexte familial. Les autres relations et interactions que l'enfant entretient avec sa fratrie sont essentielles au moment du repas. S'appuyer sur l'approche systémique des troubles de la sélectivité alimentaire offre une opportunité d'étudier le patient dans son environnement.

B. Approche systémique d'un point de vue général

L'approche systémique conçoit l'individu au cœur de son environnement et des liens qu'il entretient avec les différents sous-systèmes (Broca, 2017). Les familles sont organisées comme des systèmes, ses membres y partagent alors une représentation commune, un mythe familial qui leur est propre.

Il arrive que des aléas viennent perturber l'équilibre et le fonctionnement de la famille, déstabilisant alors la place de chacun. Il sera alors nécessaire d'engager une modification des habitudes et de résoudre la situation avec ses propres ressources. Cette thérapie vise à apporter une vision différente et des changements au sein des familles. Ces derniers doivent être coconstruits par la famille, le patient-désigné et l'équipe soignante (Abernhé & Albernhé, 2014). Chaque sous-système de la famille (parents, grands parents et fratrie) réagit chacun à sa manière.

Le symptôme porté par l'un des membres de la famille est maintenu par la dynamique familiale et ce n'est que par un changement de cette dynamique que des améliorations pourront émerger. En effet, si un système accroît sa rigidité et sa fermeture, ceci multipliera l'isolement et la marginalisation.

Albernhé et Albernhé (2014) mentionnent que : « le symptôme présenté par un des membres du groupe familial n'a de sens et de fonction que s'il est replacé dans une perspective globalisante et circulaire » (p.1). En effet, si la prise en charge est trop individualisée, elle se

détourne alors de l'ensemble du système et s'éloigne ainsi de la réalité contextuelle, « comme si le sommet de l'iceberg pouvait être dissocié de sa masse subaquatique. » (Piccard, 2005, p.145).

La famille est un système ouvert, répondant à certaines propriétés formelles (Albernhé & Albernhé 2014) :

- La totalité des systèmes : le système est un tout organisé d'un ensemble d'éléments en relations réciproques et constantes. Lorsqu'un des éléments subit des modifications, c'est le système tout entier qui va être bouleversé.
- La non-somativité des éléments : les éléments du système sont en interrelation, les interactions sont donc « multipliées et non plus seulement additionnées » (p.53).
- L'équifinalité : le système forme une unité cohérente composée d'interactions distinctes et très codifiées. Les auteurs relèvent que « cette finalité à laquelle contribue activement chaque élément du système, est le résultat non de relations de type causaliste, mais de relations circulaires, constituées des boucles complexes de rétrocontrôle (feed-back) » (p.23).
- L'homéostasie : le symptôme porté par un des membres de la famille permet de maintenir le système à un état d'équilibre antérieur, de conserver l'état initial et de résister au changement.

La notion de patient-désigné, signifie que l'un des membres de la famille présente un symptôme, qui sous-tend d'autres problèmes dans le fonctionnement familial. Ainsi « tout se passe comme si le patient-désigné-porteur du symptôme était une sorte de catalyseur du problème familial » (Albernhé & Albernhé, 2014, p.123). Il permet de maintenir la stabilité du système. La thérapie systémique va permettre d'induire des changements pour une transformation du fonctionnement familial et y créer davantage de souplesse.

Le but de la thérapie est de jouer sur les facteurs de vulnérabilité afin de les réduire et d'accroître les facteurs de protection. Delage, Lejeune, Delahaye (2017) énoncent les facteurs de protection au niveau familial : capacité à développer des ressources et à se réorganiser pour exercer des suppléances, bon niveau de solidarité, base familiale de sécurité efficiente, capacités empathiques, capacité à recourir à des aides extérieures. Pour ce qui est des facteurs de vulnérabilité il s'agit de : dysfonctionnalité familiale, défensive de déni, surprotection, rejet affectif, niveau de stress élevé, peu de capacités à prêter attention aux autres, peu d'ouverture sur l'environnement extérieur.

C. Les sous-systèmes

Chaque famille a sa dynamique propre caractérisée par plusieurs sous-systèmes avec des interactions singulières. Le noyau principal est représenté par le couple autour duquel gravitent d'autres sous-systèmes : grands-parents, fratrie, belle-famille. Les parents ont un rôle conjugal mais également un rôle d'éducation et de protection auprès de leurs enfants (Mazaux, Destailats, Belio, & Péliissier, 2011). Les différents rôles des membres de la famille sont organisés selon l'histoire familiale, les liens et conflits qui ont pu avoir lieu.

Chaque interaction entre différents membres de la famille (en dyade, triade ou groupe) est différente et complexe et dispose de ses propres lois (Mendonça, Cossette, Lapointe, & Strayer, 2008). Le sous-système fratrie a sa dynamique propre et va selon les événements devoir s'adapter et se réorganiser en renforçant les liens ou en créant des rivalités. Les difficultés de l'un de ses membres peuvent amener de la souffrance fraternelle, prenant alors différentes formes comme la colère, la jalousie, l'angoisse... nécessitant dans tous les cas des ajustements (Cook-Darzens, 2009). Il est important de tenir compte du vécu affectif et des réactions de la fratrie : son niveau de connaissance quant aux troubles de leur frère /sœur, les réactions des membres de la famille face à la maladie, les changements associés, les attentes parentales à l'égard des différents membres de la famille, la qualité des relations au sein de la fratrie et entre la fratrie et les parents, l'histoire de la fratrie au cours du temps : ses ressources et ses vulnérabilités (Cook-Darzens, 2009). En tant que thérapeute, il est nécessaire de connaître la composition familiale, de percevoir les personnes ressources, d'évaluer la demande d'aide de chacun des membres. Il est également important de se demander quel effet la rééducation va avoir sur l'organisation familiale (Mazaux, Destailats, Belio, & Péliissier, 2011).

D. Approche systémique et lien d'attachement

La théorie de l'attachement souligne les liens affectifs qui unissent les personnes, en particulier entre le bébé et ceux qui prennent soin de lui. L'attachement nécessite des interactions, de la proximité physique et des réponses adaptées qui sont apportées aux signaux de l'enfant. La figure d'attachement doit renvoyer de la confiance pour que l'enfant puisse explorer le monde qui l'entoure en toute sécurité (Guedeney & Guedeney, 2009). L'approche systémique s'est inspirée de la théorie de l'attachement, bien qu'elle soit différente car cette dernière étudie essentiellement des relations dyadiques, laissant de côté les familles dans leur contexte plus global (Goldbeter-Merinfeld, 2005). Byng-Hall (1991, cité par Goldbeter-Merinfeld, 2005) a

décrit le concept de « base de sécurité familiale » qui permet aux membres de la famille d'explorer le monde et de se développer grâce au sentiment de sécurité qui émane des différents liens d'attachements au sein de la famille. Selon lui, pour comprendre les difficultés de l'enfant, il est nécessaire de prendre en compte les liens d'attachement entre les membres, les croyances de la famille et sa dynamique. Il existe diverses familles qui réagissent de manière différente selon leur niveau de sécurité et de cohésion (Delage, Lejeune, & Delahaye, 2017). Certaines familles ont un niveau de sécurité suffisant qui leur permet d'être impliquées : elles développent des facultés empathiques et une régulation émotionnelle et assurent ainsi la protection du patient. D'autres présentent une insécurité liée à un niveau de cohésion trop élevé, provoquant une proximité émotionnelle maximale et une loyauté totale des différents membres de la famille. Enfin, il existe des familles où l'insécurité domine avec un niveau de cohésion très bas. Il s'agit alors d'un système où il y a très peu d'implication des membres de la famille et très peu de soutien.

E. Approche systémique et oralité

L'acte de se nourrir est comme nous l'avons vu dans une précédente partie, au cœur de la socialisation de l'enfant avec sa famille (parents et fratrie), mais aussi avec ses pairs et les autres agents de socialisation tels que la nourrice, l'école, le restaurant... (Ayadi & Brée, 2010).

Il est donc important de se préoccuper de toutes les personnes interagissant dans le quotidien de l'enfant. Albernhe et Albernhe (2014) mentionnent que « chaque membre de la famille doit avoir le sentiment d'avoir été entendu et compris dans des efforts qu'il a fournis pour tenter de résoudre le symptôme » (p. 185). Si nous reprenons la notion de patient-désigné dans la situation d'un enfant présentant des troubles de la sélectivité alimentaire, la famille se focalise alors sur ce symptôme, ne le prenant plus en compte dans sa globalité. La famille reste dans cette situation pour maintenir les relations et l'équilibre au sein de la famille.

En tant que rééducateur, il est donc important de savoir si les familles sont d'une part prêtes à modifier leurs habitudes et règles de fonctionnement pour intégrer les conseils des professionnels, d'autre part à analyser les différents impacts dans leur quotidien, les difficultés et les ressources de chacun.

PARTIE PRATIQUE

Afin d'analyser le champ d'intervention des thérapeutes sur la prise en compte globale des sélectivités alimentaires, nous avons élaboré un questionnaire.

I. Hypothèses

Dans le cadre de notre étude, les hypothèses qui ont émergé sont les suivantes :

- 1) Les thérapeutes ne prennent pas suffisamment en compte la famille dans sa globalité dans leurs prises en soin.
- 2) Les transferts des acquis de séances dans le quotidien sont difficiles.

II. Population d'étude

Ce questionnaire a été adressé aux professionnels paramédicaux (orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens) prenant en charge les troubles de la sélectivité alimentaire des enfants âgés de plus de deux ans (partageant le repas en famille), quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salariat, exercice mixte).

III. Méthodologie

A. Construction du questionnaire

Ce questionnaire a été élaboré via le logiciel de création de formulaire en ligne « LimeSurvey ». Cet outil respecte la protection des données personnelles et répond aux normes de la RGPD.

Nous avons employé des termes utilisés par les professionnels prenant en charge ce type de pathologies. Par ailleurs, nous avons défini et précisé certaines expressions telles que : « famille permissive », « famille autoritaire », « famille démocratique », ainsi que « faible cohésion » et « forte cohésion ». Ces deux derniers sont des termes faisant partie de l'échelle FACES, en lien avec le modèle systémique. Il semblait donc important que tout le monde partage un langage commun pour répondre au mieux aux questions.

Ce questionnaire était accompagné d'un message d'accueil pour présenter le sujet, l'intérêt et les attentes de l'enquête. Un message final concluait le questionnaire en remerciant les participants.

Nous avons proposé : des questions fermées en majorité, des questions semi-ouvertes, ouvertes ainsi que des questions mixtes. Pour certaines questions nous avons introduit la catégorie « autre » permettant des réponses libres et ou imprévues. Nous avons proposé pour certains items la réponse « ne sais pas » qui s'adresse aux professionnels qui ne se sentent pas concernés dans leur pratique par la question posée.

Le questionnaire est accessible dans son intégralité en Annexe 2 (p.58).

B. Les parties

Le questionnaire de notre enquête se déclinait en plusieurs parties :

A - Informations générales (profession et type d'exercice)

B - Déplacement à domicile dans le cadre des troubles de la sélectivité alimentaire

C - Réalisation de repas thérapeutiques au sein du cabinet

D - Représentation des conditions de repas à travers les questions de l'anamnèse

E - Présence des parents lors des séances

F - Prise en compte des membres de la famille lors des questionnements auprès des parents.

G - Contextes de prises de repas des enfants au sein de la famille

H - Styles éducatifs des familles des enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire

I - Niveaux de cohésion des familles

J - Lien et transfert entre les séances et le quotidien

C. Diffusion du questionnaire

Dans un premier temps, une phase de pré-test a été réalisée. Une orthophoniste a répondu au questionnaire et a partagé ses remarques avant qu'il soit diffusé plus largement. Ceci a permis de lever certaines ambiguïtés dans les formulations de phrases et de partager ses questionnements et points de vue.

Dans un second temps, il a été diffusé le 2 janvier à travers la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes), les FNO régionales, le SROPL (Syndicat Régional des Orthophonistes des

Pays de Loire), l'URPS des orthophonistes (Unions Régionales des Professionnels de Santé) des différentes régions, le réseau Luciole Formation, ainsi que la FFMKR (Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs), l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), la FFP (Fédération Française des Psychomotriciens). Nous l'avons également transmis à travers des groupes Facebook : « Ortho-info ».

Puis, dans un troisième temps, nous avons réalisé une relance par mail le 24 janvier 2020 auprès des différents professionnels.

IV. Recueil et analyse des réponses

Les réponses ont été anonymisées. Elles ont été traitées par le logiciel « LimeSurvey » qui a permis la génération de pourcentages.

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats issus des données recueillies par notre enquête. Nous n'avons retenu que les graphiques les plus pertinents, l'ensemble de ces derniers étant consultables en Annexe 3 (p.66).

A. Informations générales

Nous avons obtenu 73 réponses. Malgré la diffusion de notre questionnaire auprès des différents groupes de professions (fédérations), nous n'avons recueilli des réponses représentatives que des orthophonistes et non des autres professions puisque seuls deux kinésithérapeutes et un ergothérapeute ont répondu.

La répartition des professionnels selon leur mode d'exercice est la suivante : 56 en exercice libéral (parmi lesquels on retrouve les deux kinésithérapeutes et l'ergothérapeute), 8 en exercice salarial et 9 en exercice mixte.

Rappelons que ces questions s'adressaient aux professionnels prenant en charge des enfants de plus de deux ans, partageant donc le repas à table avec toute la famille

B. Déplacement à domicile dans le cadre des troubles de la sélectivité alimentaire

1. Professionnels qui se déplacent à domicile

Professionnels qui se déplacent à domicile	33%
Professionnels ne se déplaçant pas à domicile	67%

Dans le cadre des prises en charge des troubles de la sélectivité alimentaire, peu de professionnels se déplacent à domicile (**33 %**).

Par ailleurs, à la question 4 sur les modalités de séances à domicile, nous avons demandé aux professionnels s'ils se déplacent à domicile pour : la séance de bilan / une séance de prise en charge / ou plusieurs séances de prise en charge. Nous relevons que les professionnels se rendent au domicile du patient dans la majorité des cas pour effectuer le bilan. Cette question présentait un biais puisqu'elle n'avait pas été limitée à un seul choix.

Aussi, parmi les professionnels se déplaçant à domicile, **33%** se déplacent sur l'ensemble de la prise en charge (à la fois pour le bilan et pour plusieurs séances).

Le déplacement à domicile permet d'une part de découvrir les relations parents-enfant(s) et sont des éléments importants d'appréciation de l'environnement familial.

Contexte familial des observations des professionnels relatives aux repas pris à domicile	
Repas pris avec toute la famille	67%
Repas pris uniquement avec l'enfant	33%

Parmi les professionnels qui se déplacent à domicile, **67%** observent le repas partagé avec la famille, ce qui permet d'analyser la place que tient le patient au sein de la famille.

On note que **33%** des professionnels se déplaçant à domicile observent l'enfant seul à table. Donc un tiers ne prend pas en compte le comportement de l'enfant dans la dynamique familiale, le regard est porté uniquement sur l'enfant porteur du « symptôme ».

2. Les professionnels qui ne se déplacent pas à domicile

Raisons pour lesquelles les professionnels ne se déplacent pas à domicile	
Manque de temps	65,31%
Distance	6,12%
Refus de la famille	0%
Autres	28,57%

Les professionnels qui ne se déplacent jamais à domicile expriment que c'est essentiellement par manque de temps (**65,31%**).

28,57% des professionnels ont répondu « Autres raisons », on relève alors trois catégories de réponses :

- Il s'agit pour certains de prises en charge dans le cadre d'instituts et donc l'impossibilité pour ces professionnels de se déplacer au domicile
- Ce trouble ne nécessite pas de suivi à domicile
- Un professionnel mentionne que se déplacer à domicile serait perçu comme une intrusion parfois mal vécue par les familles (déjà sensibles lors des questions d'anamnèse).

Nous pouvons ajouter aux raisons mentionnées ci-dessus que le déplacement à domicile a un coût financier pour les professionnels. L'indemnité forfaitaire de déplacement de l'assurance maladie est faible (environ 2,50€). Le temps passé lors des déplacements présente aussi un réel frein, notamment pour les familles qui habitent loin. Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse qu'il s'agit d'une « habitude », d'une règle de fonctionnement pour certains professionnels.

Professionnels qui observent des repas à travers une vidéo	65%
Professionnels qui n'observent pas des repas à travers une vidéo	35%

Parmi les 67% des thérapeutes qui ne se déplacent jamais au domicile **65%** d'entre eux visualisent une vidéo des repas du patient, rapportée par la famille. La vidéo, bien que moins représentative qu'*in situ*, apporte un élément complémentaire d'appréciation et d'analyse du contexte de vie qui peut donner un éclairage sur l'univers du quotidien du patient.

Nous constatons donc que pour la grande majorité des professionnels il est très important d'observer le patient dans son environnement que ce soit en présentiel (déplacement à domicile) ou à travers une vidéo.

C. Réalisation de repas thérapeutiques au sein du cabinet

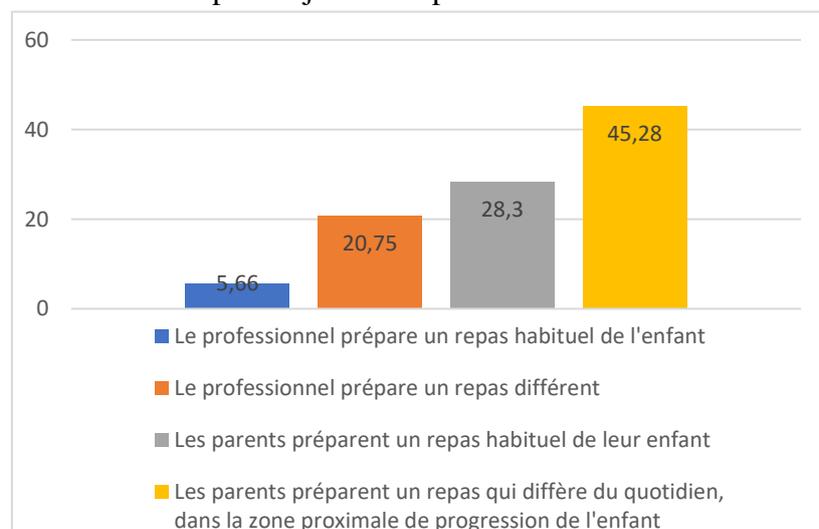
Professionnels qui réalisent des repas thérapeutiques au sein du cabinet	73%
Professionnels qui ne réalisent pas de repas thérapeutiques au sein du cabinet	27%

73% des professionnels réalisent des repas thérapeutiques au sein du cabinet.

Ces repas permettent d'observer l'enfant dans un contexte qui se rapproche de situations réelles : apprendre à être à table (installation, rester à table tout au long du repas...), manger plusieurs plats.

A la question 9 nous avons souhaité savoir comment se déroulaient les repas thérapeutiques, s'il s'agissait de : séances individuelles avec la famille / de séances individuelles sans la famille/ ou de séances de groupe. Nous relevons que les repas thérapeutiques ont lieu dans la majorité des cas en séance individuelle avec la famille. Cette question présentait un biais puisque les professionnels pouvaient répondre aux trois propositions, n'étant pas limités à une seule réponse.

Peu de professionnels réalisent des séances de groupe. Ces dernières sont pourtant l'occasion de confronter les enfants à leurs pairs, développant des processus d'imitation et de satisfaction. Mais il est possible que ces professionnels ne rencontrent pas suffisamment de patients présentant des troubles de la sélectivité alimentaire et ne puissent donc pas constituer de groupe. Il existe également des limites administratives quant aux Demandes d'Accord Préalable (DAP) pour les prises en charge de groupe en orthophonie et kinésithérapie, qui nécessitent en amont l'accord de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. De plus les plannings des différentes familles ne sont pas toujours compatibles entre eux.



Professionnels préparant le repas : 26,41%

Parents préparant le repas : 73,58%

Figure 3 : Préparation du repas thérapeutique au cabinet

73,58% des repas thérapeutiques sont préparés par les parents, contre **26,41%** par les professionnels.

Donc la plupart du temps les professionnels demandent aux parents de préparer les repas qui seront consommés lors des repas thérapeutiques. Préparer les repas implique pour les professionnels du temps personnel, un coût financier et un espace dédié au sein du cabinet.

Lorsque c'est aux familles d'apporter le repas, ceci peut être l'occasion pour elles de préparer une recette différente, avec un aliment nouveau qui pourra être repris au domicile, à la suite de la séance.

Dans **28,30%** des cas, il s'agit d'un repas habituel du quotidien de l'enfant préparé par les parents.

Les **45,28%** autres représentent le repas préparé par les parents qui est différent du quotidien de l'enfant mais reste toutefois dans la zone proximale de progression déterminée par le professionnel.

A la suite de ces résultats, il nous manque quelques précisions. En effet nous pouvons avoir les questionnements suivants : Que proposent les professionnels ? Demandent-ils clairement un repas ou un aliment inconnu ? Est-ce que le discours des professionnels est clair ou ce n'est qu'une suggestion qui est présentée à la famille ? Proposent-ils aux familles d'apporter deux repas ? Il pourra s'agir de la technique du « flavor / flavor » qui consiste à associer un aliment inconnu à un aliment connu dans le but de sécuriser symboliquement l'enfant et de l'aider à apprécier une plus grande variété d'aliments. Quel est le projet du professionnel : proposer une découverte gustative plus variée et/ou un travail au niveau oro-praxique et/ou au niveau de l'intégration sensorielle et/ou de la diversification alimentaire. Le type de repas proposé dépendra alors de l'objectif envisagé.

D. Représentation des conditions de repas au travers des questions de l'anamnèse (posture, position, milieu calme ou bruyant, personnes avec qui l'enfant partage le repas, plat adapté...)

Satisfaction des professionnels suite aux questions de l'anamnèse	
Très satisfait	1,37 %
Satisfait	35,62 %
Neutre	31,51 %
Pas assez satisfait	31,51 %

On observe que très peu de thérapeutes se disent « très satisfaits » quant aux questions de l'anamnèse leur permettant de se faire une représentation exacte des conditions de repas (seulement **1,37%**).

35,62% des professionnels se disent « satisfaits ». Les questions sont suffisamment larges, détaillées, précises pour eux pour se faire une représentation la plus exacte possible de la situation dans laquelle se situe l'enfant lors des repas.

A l'inverse on trouve **63,02%** de thérapeutes ayant répondu « neutre » et « pas assez satisfait ». Pour ces professionnels, les questions de l'anamnèse ne suffisent pas à elles seules à se faire une représentation correcte des conditions de repas de l'enfant. Il faut faire appel à d'autres analyses et observations. Ces rééducateurs nous ont fait part de ce qui leur manque pour obtenir une meilleure perception des situations de repas :

- Un manque d'objectivité des parents qui oublient de donner toutes les informations, ou des éléments qui ne sont pas perçus par eux - analyse de la situation uniquement par le prisme parental. Certains parents minimisent les difficultés de leur enfant, ne se rendent pas compte de la réalité
- Anamnèse insuffisante pour comprendre, appréhender les comportements des parents et autres membres de la famille au cours du repas.
- Difficulté pour proposer une guidance parentale

Les thérapeutes énoncent ce dont ils ont besoin pour compléter l'anamnèse et avoir une meilleure perception du repas :

- La nécessité de la vidéo
- L'importance en tant que professionnel de se faire sa propre idée de la réalité de la situation et de ne pas se limiter au prisme parental.
- Le déplacement à domicile : ceci permet de relever ce qui se joue entre toutes les personnes présentes lors du repas : réactions, interactions entre les différents membres de la famille, ambiance, gestion de la difficulté. Ceci donne une vision globale permettant une observation du contexte sans une interprétation (qui se ferait lors de l'entretien). Mais il faut avoir à l'esprit que la présence du professionnel modifie la dynamique familiale inévitablement.

Lors des entretiens, il peut être difficile pour les parents de « déplacer leur regard » de leur contexte de vie. En effet, les questions de l’anamnèse sont : « un processus fragile, où la subjectivité du [professionnel] et du patient est évidente » (Scheen, 2013).

Afin d’obtenir une réalité objective de la situation, nous pouvons citer la méthode d’observation d’Esther Bick. Cette méthode s’appuie sur « l’attention consciente, la réceptivité psychique et l’empathie qui permettent l’innocuité de l’observation », ainsi qu’être « à l’écoute de tout ce que l’entourage a besoin de communiquer à l’observateur » (Houzel, 2008, p.84). Il s’agit de ne pas influencer ni intervenir dans la situation, ce qui pourrait déstabiliser et modifier les véritables échanges qui se vivent au moment de l’observation.

E. Présence des parents lors des séances

	Tout le temps	Très souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
Présence des deux parents lors des rendez-vous.	2,74 %	17,81 %	31,51 %	45,21 %	2,74 %

76,72% des professionnels rencontrent peu les deux parents lors des séances (« de temps en temps » et « rarement »). Les thérapeutes ont donc une seule représentation de ce qui se passe au sein de la famille. Un seul parent bénéficie de la modélisation en séance pour permettre une continuité à la maison.

Que signifie la part du parent absent ? Cela signifie-t-il que le thérapeute n’a pas proposé aux parents de venir ensemble ? Est-ce possible de l’exiger ? Est-ce que cela signifie qu’un seul des parents se sent investi par le suivi du trouble de l’enfant ? Les deux parents sont-ils prêts à changer ?

Nous pouvons également penser à un problème de disponibilité des deux parents (créneau horaire et garde des autres enfants). C’est aussi une habitude que beaucoup de personnes ont : un seul des parents accompagne l’enfant. De plus, les professionnels n’exigent pas la présence systématique des deux parents à l’exception de certaines approches de la prise en charge du bégaiement. Nous développerons cet aspect dans la partie discussion.

Dans ce contexte de la présence d’un seul des parents lors des séances, nous avons demandé aux thérapeutes s’il s’agissait le plus souvent : du père / de la mère / ou d’une alternance entre le père et la mère (*fig 4*).

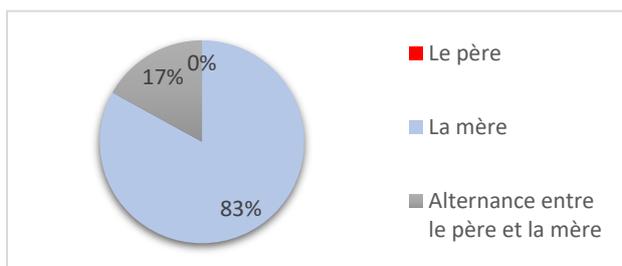


Figure 4 : Répartition présence du père ou de la mère lors des rendez-vous

On constate que c'est la mère qui est la plus présente pour accompagner son enfant lors des séances : **83%** des professionnels. On observe parfois une alternance entre le père et la mère (**17%**).

Les mères tiennent une place importante dans l'alimentation de leur enfant, pouvant justifier leur sur-représentation par rapport aux pères dans la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire.

F. Prise en compte des membres de la famille lors des questionnements auprès des parents

	Tout le temps	Très souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
Questionnements sur les rôles de chaque membre de la famille	43,84 %	31,51 %	10,96 %	9,59 %	4,11 %
Questionnements sur les rapports qu'entretient le patient avec sa fratrie	30,14 %	27,40 %	24,66 %	12,33 %	5,48 %

1- Les rôles de chaque membre de la famille

75,35% des professionnels (« tout le temps » et « très souvent ») cherchent à identifier chaque membre de la famille et sa relation avec l'enfant qui a un trouble.

Les thérapeutes ayant répondu en tenir compte trouvent que ceci apporte un éclairage sur l'enfant dans son quotidien ainsi que sur les modalités de prise en charge. Ils avancent les commentaires suivants :

- « Oriente l'accompagnement, la guidance parentale »
- « Cela permet de comprendre en partie le rôle et l'implication de chaque membre dans la dynamique familiale et les liens que l'enfant a établis avec chacun dans le cadre de

l'alimentation. Ceci permet également de voir comment les différents membres de la famille peuvent adapter leur attitude en fonction des difficultés. »

- « Connaitre les comportements des parents permet d'expliquer parfois le profil comportemental de l'enfant. »
- « Il arrive fréquemment que cela permette de mettre en évidence une sélectivité ou problématique autour de l'alimentation présente aussi chez un autre membre de la famille, sans qu'elle soit analysée en tant que telle et qui induit de manière souvent insidieuse des attitudes qui favorisent la sélectivité de l'enfant concerné. »

Certains professionnels font part de difficultés quant à la prise en compte des différents membres de la famille :

- « Cela n'est pas simple à prendre en charge notamment quand c'est le comportement/regard du parent absent qu'il est important de faire bouger. »
- « C'est parfois un domaine sur lequel on ne peut pas agir (organisation familiale, rigidité d'un parent...) »

24,6% des professionnels (« de temps en temps », « rarement » et « jamais ») ne questionnent pas systématiquement le rôle des différents membres de la famille, ils n'en tiennent pas compte dans leur bilan, ni dans leur prise en charge. Ils se concentrent uniquement sur le patient.

2- La fratrie

a) Questionnements relatifs à la fratrie

57,54% des professionnels prennent en compte très régulièrement la fratrie (« tout le temps » et « très souvent »). Cela signifie aussi que les **43%** restants questionnent moins cet aspect...

Questionner les rapports qu'entretient le patient avec sa fratrie donne des précisions sur l'enfant dans son quotidien mais également sur les modalités de prise en charge. Les professionnels qui prennent en compte cet aspect mentionnent que :

- « La présence d'un(e) petit(e) frère / sœur ou d'un aîné peut influencer l'enfant : motivation pour progresser, imitation. La fratrie peut être une ressource pour la prise en charge. »
- « Il existe parfois des conflits lors du repas. Expliquer certains éléments à la fratrie permet alors à chacun de retrouver son rôle de grand(e) ou petit(e) frère/sœur. Beaucoup de parents évoquent les difficultés éducatives qu'entraîne un trouble alimentaire d'un des enfants sur la fratrie. En général cela permet d'évoquer avec les parents l'acceptation de la différence et

comment accompagner la fratrie dans la prise en compte de ce trouble, qui n'est pas un caprice. »

- « Cela permet de voir quelle place a l'enfant dans sa famille et dans la fratrie. »

b) Rencontre de la fratrie

Professionnels qui rencontrent la fratrie

Nous avons constaté dans notre étude que 71,23% des professionnels rencontrent la fratrie et parmi eux, la répartition est la suivante :

Professionnels rencontrant la fratrie au cours d'un repas	28,85%
Professionnels rencontrant la fratrie lors d'un entretien	71,15%

Lorsque les professionnels rencontrent la fratrie, ceci a lieu dans la majorité des cas lors d'un entretien (**71,15%**) et seulement **28,85%** rencontrent la fratrie lors des temps de repas.

Il est à noter que pour la plupart des rencontres, il ne s'agit pas d'une demande de la part des professionnels mais d'une rencontre « fortuite », c'est-à-dire lorsque le parent amène son enfant en séance, accompagné de la fratrie.

Certains professionnels peuvent inclure la fratrie pendant la séance ou la rencontrent lorsqu'ils se déplacent à domicile.

Professionnels qui ne rencontrent pas la fratrie

Professionnels jugeant intéressant de recevoir la fratrie	52,38 %
Professionnels ne jugeant pas nécessaire de recevoir la fratrie	4,76 %
Professionnels ayant répondu « ne sais pas »	42,86 %

Parmi les professionnels qui ne rencontrent pas la fratrie, **52,38%** d'entre eux trouveraient intéressant de la recevoir et de l'observer au cours d'un repas afin de constater les interactions et ce qui se joue entre les différents membres.

On constate que **42,86%** d'entre eux ont répondu « ne sais pas ». Une grande partie des thérapeutes n'ont pas d'avis sur cette question, question sur laquelle jusque-là ils ne se s'étaient pas arrêtés.

c) Rôles de la fratrie auprès de leur frère /sœur présentant un trouble alimentaire

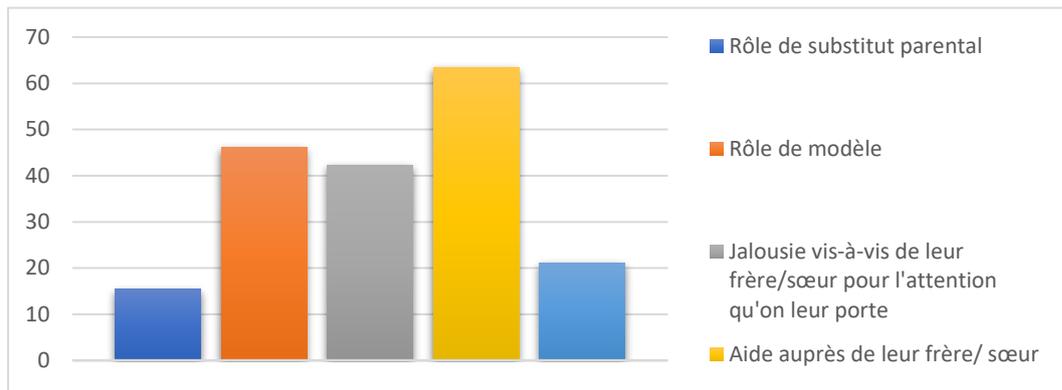


Figure 5 : Comportements de la fratrie vis-à-vis de leur frère/sœur présentant une sélectivité alimentaire

Les professionnels pouvaient choisir plusieurs réponses parmi les différents comportements proposés.

On observe que le rôle principal tenu par la fratrie est une relation d'aide, ainsi qu'un rôle de modèle. On peut alors souligner la dynamique positive de la fratrie, perçue comme une ressource.

Mais on rencontre également assez souvent une relation de jalousie vis-à-vis du frère/sœur présentant des troubles alimentaires. Dans certains cas, la fratrie peut aussi jouer un rôle de substitut parental.

Nous soulignons l'importance de rencontrer la fratrie, cet aspect sera développé ultérieurement dans la partie modélisation.

3- Les grands-parents

Professionnels rencontrant les grands-parents présents dans le quotidien des familles	59 %
Professionnels ne rencontrant pas les grands-parents présents dans le quotidien des familles	41 %

On relève que **59%** des professionnels disent avoir rencontré les grands-parents présents dans le quotidien des familles.

Cependant cette question présente des biais. En effet ceux qui ont répondu ne pas rencontrer les grands-parents peuvent être : soit des professionnels qui suivent des familles avec des grands parents habitant loin et donc non impliqués dans le quotidien de leurs petits-enfants ou soit des

professionnels qui choisissent de ne pas rencontrer les grands parents toutefois présents dans le quotidien de l'enfant.

Certains rééducateurs relèvent que les grands-parents peuvent avoir un autre regard que les parents et jouer un rôle de soutien à la parentalité. A noter toutefois que certains grands-parents pourraient avoir tendance à relativiser la situation et ne pas lui accorder toute la vigilance qu'elle exige, s'exprimant ainsi : "ça va passer" ou que "ce sont des caprices".

La fréquence de rencontres des grands-parents est très variable et repose la plupart du temps sur un aspect pratique : commodité de transport, organisation familiale et parfois une curiosité par rapport à la prise en soin du trouble lorsque l'opportunité se présente.

G. Contextes de prises de repas des enfants au sein de la famille

Nous avons demandé dans les questions 27, 28, 29 dans quel contexte familial l'enfant avec sélectivité alimentaire prenait ses repas : avec toute la famille / avec la fratrie mais sans les parents / de manière isolée en décalé de la famille.

Ces questions n'étant pas suffisamment précises, l'interprétation des résultats en est donc limitée. Nous obtenons des résultats quasi similaires aux trois situations présentées.

Toutefois nous pouvons conclure qu'il semblerait qu'il n'y ait pas un type d'organisation familiale privilégié l'un par rapport à un autre.

H. Styles éducatifs des familles des enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire

1. Styles de familles rencontrés

Nous avons demandé aux thérapeutes à quels types de familles ils ont été le plus confrontés : style permissif, style autoritaire, style démocratique. D'après les réponses, les familles autoritaires sont légèrement plus représentées que les autres types de famille. A noter que nous avons étudié la fréquence (« tout le temps », « très souvent », « de temps en temps », « rarement », « jamais ») pour les questions 31, 32, 33 malheureusement pas suffisamment ajustée pour permettre d'extraire des résultats représentatifs.

2. Adaptations proposées par les professionnels en fonction de chaque type de familles

Familles permissives :

Les professionnels relèvent les principales adaptations proposées pour les familles permissives :

- Adaptation de l'installation
- Proposition donner à l'enfant la possibilité de manipuler, toucher, se salir...
- Adaptation des types d'aliments
- Modification du rythme des prises alimentaires

Ils complètent les réponses en partageant d'autres adaptations telles que :

- Suppression d'écrans
- Proposition d'élargissement du choix d'aliments
- Mise en place d'une rythmicité, permettre des choix mais imposer certaines règles comme faire l'effort de goûter un aliment pour en obtenir un autre plus apprécié ; admettre qu'il ne peut pas toujours être proposé de menu particulier
- Recentrage du moment du repas comme un moment de regroupement familial

Familles autoritaires :

En premier lieu, les adaptations proposées aux familles autoritaires sont de donner la possibilité à l'enfant de manipuler, toucher, se salir. Les professionnels recommandent en second lieu d'une part une adaptation des types d'aliments et d'autre part une adaptation de la position de l'aidant.

Les professionnels complètent ces précédentes propositions par :

- Réassurance parentale, explication des difficultés, empathie, rassurer les parents pour qu'ils autorisent un peu de souplesse.
- Guidance parentale pour modifier leur attitude vis à vis du trouble de l'enfant et éviter le forçage alimentaire.
- Permettre un lâcher-prise, une souplesse vis-à-vis des préférences de l'enfant tout en conservant quelques règles

Familles démocratiques

Toutes les adaptations sont proposées. En effet, il est plus aisé d'apporter des modifications au sein de ces familles car ces dernières possèdent plus de souplesse et disposent d'un cadre ajusté.

Ainsi, pour les familles autoritaires comme permissives, il s'agira alors de travailler autour de nouvelles règles, de changements d'habitudes au sein de la famille. De manière générale, il s'agira de veiller à l'accompagnement de ces familles en les amenant à accepter que les progrès prennent du temps et à reconnaître les petites variations positives.

I. Niveaux de cohésion des familles

	Tout le temps	Très souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Ne sait pas
Famille avec forte cohésion	0 %	9,59 %	36,99 %	32,88 %	6,85 %	13,70 %
Famille avec faible cohésion	0 %	26,03 %	46,58 %	17,81 %	4,11 %	5,48 %

Les familles avec une faible cohésion sont plus représentées que celles avec une forte cohésion. Il est ainsi plus difficile d'intervenir au sein d'une famille à faible cohésion puisqu'on y trouve moins de soutien et d'implication entre les membres de la famille.

Nous proposerons donc dans la partie modélisation des outils d'évaluation systémique pour analyser le niveau de cohésion et de flexibilité de la famille et ses capacités de changement.

J. Lien et transfert entre les séances et le quotidien

	Tout le temps	Très souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
Parents relatant spontanément les progressions, difficultés rencontrées à la maison	28,77 %	54,79 %	10,96 %	5,48 %	0 %
Professionnels observant des progressions lors des séances mais dont les parents rapportent des difficultés voire absence de progrès à la maison	0 %	38,36 %	43,84 %	17,81 %	0 %

83,56% (« tout le temps » et « très souvent ») des professionnels estiment que les parents relatent très régulièrement les progressions et difficultés rencontrées à la maison.

Le lien famille-thérapeute est très important pour qu'il y ait transfert entre la séance et le domicile.

Par ailleurs, **38,36%** des professionnels observent « très souvent » des progressions en séance mais non constatées au domicile et **43,84%** signalent ce phénomène « de temps en temps ». Ainsi, cette absence de transfert est relevée par la majorité des professionnels. Il est donc important de trouver des outils qui vont induire des changements et une autonomisation à la maison.

K. Analyses statistiques

Question : Le fait de rencontrer fréquemment des familles avec faible cohésion est-il lié au fait d'observer fréquemment une absence de progression à la maison ?

Les variables X et Y observées sont les réponses aux questions suivantes :

- Vous arrive-t-il qu'il y ait des progressions lors des séances mais que des parents vous rapportent des difficultés à la maison, voire une absence de progression ?
- Avez-vous rencontré des familles avec faible cohésion ?

Contingency Tables

Difficultés voire absence de progressions à la maison	Familles faible cohésion		Total
	fréquent	occasionnel	
fréquent	12	16	28
occasionnel	7	38	45
Total	19	54	73

Sur 19 professionnels rencontrant fréquemment des familles avec faible cohésion 12 rapportent être confrontés à des difficultés de progression à la maison (environ 1/2). Dans l'échantillon de professionnels rencontrant occasionnellement des familles avec faible cohésion 16 sur 54 (environ 1/4) d'entre eux signalent être fréquemment confrontés à une absence de progression à la maison. Ainsi, plus les professionnels sont confrontés à des familles avec faible cohésion plus ils seraient confrontés à des difficultés de transfert à la maison.

Hypothèse nulle : Non, les variables X et Y sont indépendantes : observer fréquemment des familles avec faible cohésion et se faire rapporter une absence de progression à la maison sont des événements indépendants.

Appliquons le test du Chi² d'indépendance à l'échantillon de 73 personnes que nous avons sondé.

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	6.682	1	0.010
N	73		

La valeur du Chi² associée à la table de contingence (qui mesure l'écart entre le tableau observé et le tableau théorique sous indépendance) vaut 6,682 et a une p-valeur associée de 1%.

Nous rejetons donc l'hypothèse nulle. Le fait de rencontrer fréquemment des familles avec faible cohésion n'est pas indépendant du fait d'observer fréquemment une absence de progression à la maison.

Nous cherchons maintenant à quantifier l'impact du fait d'être fréquemment confrontés à des familles à faible cohésion sur le fait d'observer des difficultés de progressions à la maison.

Pour mesurer cet impact, nous allons mesurer comment il altère le rapport de cote (odd-ratio).

Log Odds Ratio

	Log Odds Ratio	95% Confidence Intervals	
		Lower	Upper
Odds ratio	1.404	0.304	2.504
Fisher's exact test	1.383	0.177	2.666

Le rapport de cote de notre échantillon est de 4,07.

Dans l'échantillon sondé, l'évènement "observer des difficultés de progression à la maison" a une cote 4 fois plus élevée chez les professionnels fréquemment confrontés aux familles à faible cohésion que chez les professionnels occasionnellement confrontés à ces familles.

De plus, le passage aux log odd ratio permet d'obtenir par JASP un intervalle de confiance de 95% pour le log odd ratio théorique : [0,303 ; 2,5]. Ceci correspond, en prenant l'exponentielle des bornes, à un intervalle de confiance pour le odd ratio de [1,3 ; 12].

Notre étude montre, avec un seuil de risque de 5 %, que l'observation de difficultés de progression a une cote entre 1,3 et 12 fois plus élevée chez les professionnels fréquemment confrontés à des familles à faible cohésion que chez les autres.

Ainsi, le niveau de cohésion de la famille a une influence sur les capacités de transfert d'acquis entre les séances et le domicile. Il sera donc important pour les professionnels d'analyser le niveau de cohésion de la famille afin de s'adapter au mieux aux changements. Pour se faire nous présenterons dans la partie de modélisation des outils d'évaluation adaptés à cette notion.

V. Rappel des hypothèses et conclusion des résultats

1) Les thérapeutes ne prennent pas suffisamment en compte dans leurs prises en soin la famille dans sa globalité.

Nous avons relevé les résultats suivants dans notre étude :

- Peu de professionnels se déplacent à domicile.
- Les professionnels, pour la plupart, rencontrent peu les deux parents.
- La grande majorité des professionnels observe le patient dans son environnement (présentiel ou vidéo).
- La majorité des professionnels cherchent à identifier les différents membres de la famille pour s'en faire une représentation la plus précise possible.
- La majorité des professionnels prennent très régulièrement en compte ce qui se joue au sein de la fratrie lors des différents entretiens parentaux.
- Les thérapeutes rencontrent très souvent la fratrie, mais ce n'est dans la plupart des cas que lors d'entrevues non planifiées par le professionnel.

Ainsi, les résultats de notre enquête montrent que la grande majorité des thérapeutes prennent en compte la famille dans sa globalité lors de leurs questionnements. Cela leur permet d'avoir une représentation de la structure familiale dans laquelle l'enfant évolue.

Toutefois tous les membres de la famille ne sont pas totalement intégrés dans une démarche de prise en soin : ils ne font pas partie intégrante du processus de changements. L'étude de la niche écologique semble donc éloigné.

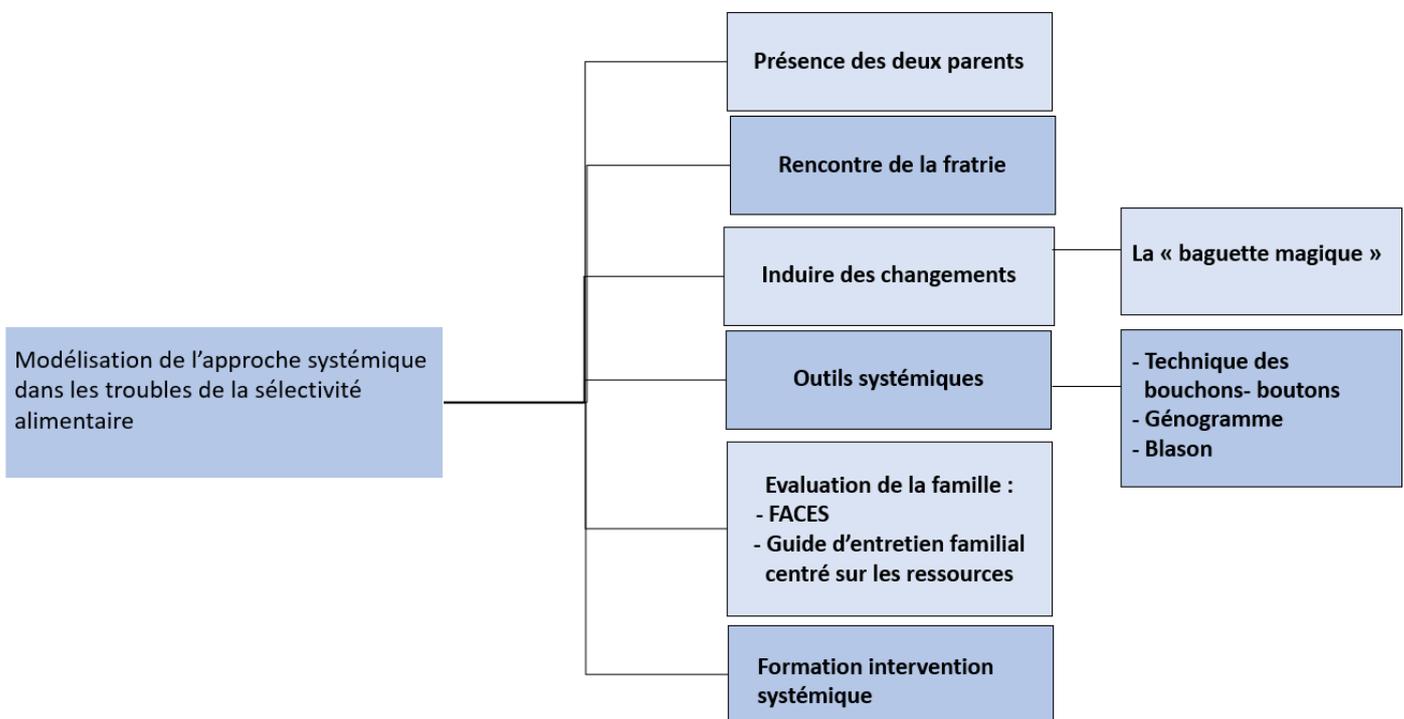
2) Les transferts des acquis de séances dans le quotidien sont difficiles.

Les résultats de notre étude relèvent que la majorité des professionnels observent des progressions en séance mais une absence de progrès au domicile. Ainsi, une grande partie des thérapeutes sont confrontés à cette problématique, confirmant alors notre hypothèse exprimée ci-dessus.

DISCUSSION

A la suite de nos résultats, nous avons constaté un besoin clinique de prise en compte de la famille dans sa globalité et d'une nécessité de transfert entre les acquis en séance et l'application au domicile. Ainsi, nous proposerons une modélisation de l'intervention systémique pouvant s'appliquer aux troubles de la sélectivité alimentaire et venir répondre aux besoins des thérapeutes.

I. Modélisation de l'approche systémique dans les troubles de la sélectivité alimentaire



A. Présence des deux parents

1. Rencontre des parents

Nous avons constaté dans notre étude que la plupart des professionnels (76,72%) rencontrent peu les deux parents. Or la présence des deux parents semble importante lors des séances car les changements qui vont être initiés vont impliquer le quotidien de la famille et les parents devront tous les deux s'engager. Dans toute situation de communication, l'information relatée est influencée par la personne qui raconte. Ainsi, si un seul des parents accompagne son enfant, le résumé de la séance qu'il fera à son conjoint pourra être déformé, le discours du professionnel

ne sera pas retransmis à l'identique. Une part de subjectivité quant aux attentes du parent pourra se manifester (Simon, 2015). A l'inverse si les deux parents sont présents, ils reçoivent ensemble le message du professionnel, ils pourront alors ensuite œuvrer de concert pour mettre en place les changements initiés.

2. Rôle du père

Les résultats de notre enquête montrent que les pères sont très peu présents dans les prises en soin des sélectivités alimentaires. L'étude Nutri-bébé SFAE (Bocquet, Corbeau & Bocquet, 2014) indique que 86% des mères préparent et nourrissent leur enfant (complicité et plaisir). En ce qui concerne les pères, il est mentionné que seulement 2% d'entre eux nourrissent leur bébé et seulement 13% sont en congé parental. Les résultats de l'étude soulignent la place importante de la mère dans l'alimentation de l'enfant. Ceci vient expliquer la sur-représentation des mères par rapport aux pères dans la prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire.

Le rôle du thérapeute sera alors d'inclure le père dans le déroulement de la prise en charge. Cette dernière devra être accessible et claire. L'objectif est le partage par le père et la mère de la responsabilité, de l'implication, de la prise en charge du trouble et de la mise en place de modifications familiales (Cook-Darzens, 2002).

B. Rencontre et présence de la fratrie

Les réponses recueillies précédemment soulignent que les professionnels intègrent régulièrement l'entité fratrie dans leurs questionnements. Ils la rencontrent souvent, mais la plupart du temps de manière imprévue, sans que ce soit une demande de leur part, s'agissant d'un aspect « pratique » pour les parents (absence de solution de garde).

Tenir compte de la fratrie et des relations qu'elle entretient avec l'enfant ayant une sélectivité alimentaire semble très important. En effet, le repas est un moment de rassemblement, de mimétisme et d'apprentissage. Lorsque des adaptations sont mises en place pour chaque repas, cela implique et impacte les parents mais également les frères et soeurs. Pour ce faire, nous admettrons et écouterons le vécu de la fratrie pour en extraire ses ressources.

Chaque fratrie est différente et chaque membre de cette fratrie est singulière. Il est donc important de prendre en compte certaines modalités telles que : la position dans la fratrie, les

âges, les sexes, les relations entre chaque frère et sœur mais aussi avec les parents, l'entraide et les ressources existantes entre chacun d'eux.

La fratrie peut adopter un rôle de substitut parental, comme relevé précédemment dans les résultats de notre étude. La fratrie peut alors faire preuve d'autorité sur son frère/sœur présentant le trouble, ou alors le ou la couvrir, Cook-Darzens parle de parentification (2002). Il est intéressant de repérer cet aspect pour travailler avec la famille l'équilibre dans la fratrie, les ramener à un rôle de modèle et d'imitation et non de responsabilité ou de supériorité, fonctions appartenant aux parents. Certains aînés d'une fratrie peuvent également se placer comme « cothérapeutes dans une fonction mixte alliant parentification (relation verticale) et loyauté fraternelle (relation horizontale) » (Cook-Darzens, 2002, p.179).

Notons également qu'une relation de jalousie de la fratrie peut s'instaurer, comme constaté par les thérapeutes de notre étude. En effet, les parents peuvent surinvestir leur attention sur l'enfant malade, créant un triangle entre eux et cet enfant. Certains enfants de la fratrie peuvent trouver injuste le régime spécifique de leur frère-sœur présentant des difficultés alimentaires. La reconnaissance par la fratrie est importante, il est nécessaire qu'elle sache qu'il s'agit d'une maladie et non d'un caprice. Par ailleurs, l'enfant malade peut aussi se retrouver isolé au sein de la fratrie (Meynckens-Fourez & Tilmans-Ostyn, 2010). Les frères et sœurs se comparent, tentent de trouver leur place les uns par rapport aux autres, ils adoptent différents rôles : l'imitation, l'identification ou, au contraire, l'opposition, la confrontation. (Meynckens-Fourez & Tilmans-Ostyn, 2010).

La fratrie est décrite par Meynckens-Fourez et Tilmans-Ostyn (2010) comme un ensemble de « vases communicants ». Ils expliquent que « le mouvement de l'un a des répercussions sur un autre, le comportement de l'un influence la réponse de l'autre » (p.38). Il sera par conséquent intéressant de rencontrer la fratrie afin de lui expliquer le trouble de son frère/de sa sœur et l'intégrer pleinement dans les processus de changements familiaux.

Nous pourrions proposer un entretien réalisé par Cook-Darzens (2002) destiné à la fratrie. Il a été élaboré pour les fratries bien portantes d'enfants et d'adolescents anorexiques. Il est donc bien évidemment à adapter. Il est possible de le consulter en Annexe 4 (p.78).

C. Induire des changements

Nous avons pu observer que 38,36% des professionnels observent très souvent des progressions en séance mais une absence de progrès au domicile et que 43,84% des thérapeutes constatent ce phénomène de temps en temps. On note ainsi des difficultés à transférer les acquis de séance à la maison. Il peut alors être proposé de réaliser l'identique de la séance au domicile. Toutefois afin d'induire des changements, il est essentiel d'accompagner les familles pour les amener à trouver des méthodes pour changer certaines de leurs habitudes quotidiennes et modifier leur vision actuelle du trouble, parfois rigide (Simon, 1996). Il est indispensable d'avoir la participation des parents et que ces derniers soient conscients que le travail va porter sur leur capacité à appliquer des changements dans la niche écologique. En effet, il ne s'agira pas seulement de déposer leur enfant en séance. Ces modifications seront réfléchies en collaboration avec le thérapeute qui les guidera à trouver les adaptations, les efforts à produire.

Citons Tilmans-Ostyn (2010) qui décrit la méthode de la « baguette magique » pour induire des modifications dans le quotidien des familles. Nous demandons alors à l'enfant : « Imaginons que tu aies une baguette magique, quelle est la première chose que tu essaierais de changer à la maison ? » puis : « Tu sais bien que personne n'a "la baguette magique", mais qu'est-ce qu'il serait important pour toi de pouvoir changer à la maison ? ». Cette question s'adresse à l'enfant porteur du trouble, ainsi qu'à ses frères et sœurs et permet de donner la parole aux enfants pour qu'ils expriment ce qu'ils changeraient pour que ça se passe mieux à la maison. Cette méthode s'adresse aux enfants ayant un accès suffisant à la compréhension et disposant d'un niveau d'expression correcte.

D. Outils systémiques

Nous allons présenter quelques outils utilisés en thérapie systémique qui permettent de travailler l'appartenance familiale et les relations entre les différents membres de la même famille. Ils favorisent les changements et l'autonomisation des familles. Comme nous l'avons souligné dans les résultats de notre enquête, la plupart des professionnels questionnent le rôle des membres de la famille, leur apportant un éclairage sur la prise en soin de leur patient. Mais il n'est pas toujours aisé de se faire une représentation globale de la famille et d'y inclure ses différents membres. Ces outils peuvent donc être un moyen d'aborder la famille dans sa globalité.

1. Technique des bouchons / boutons

Cette méthode est décrite par Shon (2010), il est possible d'utiliser des boutons de couture ou des bouchons de bouteilles qui seront de couleurs, de tailles, de formes et de matières différentes. Cet outil métaphorique a pour objectif de réaliser une représentation de la famille et les relations entre chacun de ses membres. Chaque personne de la famille doit choisir un bouton pour chacun des membres. La consigne sera la suivante : « Vous les placerez les uns par rapport aux autres comme vous les sentez en ce moment, aujourd'hui, en jouant sur la proximité et la distance entre les boutons. Vous le ferez à tour de rôle. Dans un premier temps seule la personne X qui place ses boutons va parler. » (p. 428). Dans un second temps, les autres membres et la famille, ainsi que le thérapeute interrogeront cette représentation, manifesteront leurs ressentis, pourront proposer des modifications dans le positionnement des boutons, et non sur le choix du bouton en tant que tel. Ces productions seront réalisées à tour de rôle par chaque membre de la famille et seront représentées au présent, passé, et futur. Cette technique est coconstruite avec le thérapeute. En effet ce dernier a « le souci de respecter la singularité de la famille sans lui imposer un modèle préétabli de fonctionnement » (Schon, 2010, p.429). Il est intéressant d'imaginer et entrevoir les changements possibles à travers cet exercice.

Cependant cette technique est difficile à mettre en place auprès de jeunes enfants. Il peut donc être intéressant de s'en inspirer pour proposer cette activité en remplaçant les bouchons par des personnages (Playmobil par exemple) ce qui facilitera l'entrée dans la symbolique. Il pourra ainsi être demandé de représenter la situation quotidienne du repas à l'aide de personnages ou de dessins (analyse de la place de chacun autour de la table).

2. Génogramme

Cet outil a été développé dans les années 70 à partir de la théorie de Bowen, il est considéré comme « objet flottant » par Yveline Rey et Philippe Caillé. Il informe sur les relations familiales et les rôles des différents membres sur au moins trois générations afin de donner une représentation globale du système. Cette technique permet de mettre en exergue un certain lien entre des événements de vie, des relations et des difficultés ou troubles.

Les relations entre les différents membres de la famille sont représentées à l'aide de symboles, des informations démographiques peuvent être ajoutées (âge, situation professionnelle, lieu d'habitation...), ainsi que fonctionnelles (symptômes médicaux par exemple), et enfin des informations concernant des « événements critiques » (changements importants, échec, réussite, déménagements...).

Les difficultés actuelles sont discutées dans un premier temps, puis les événements plus anciens seront ensuite questionnés. Certains sujets sont intéressantes à aborder : « Qui vit sous le même toit ? Quels sont les liens entre ces différentes personnes ? Où vivent les autres membres de la famille ? Que connaissent les membres de la famille du problème ? Comment chacun l'a ressenti et y a répondu ? Quelqu'un dans la famille a-t-il eu un problème semblable ? Dans ces situations-là, quelles décisions ont été prises et par qui ? (Jackson, 2017).

Cet exercice peut être réalisé lors de la séance ou au domicile. Dans ce dernier cas, les personnes auront plus de temps et de recul sur leur réalisation. Ce contexte permet de créer un lien séance-domicile et par conséquent peut aider au transfert entre les deux lieux.

Un exemple de génogramme sera présenté en Annexe 5 (p.79)

3. Le blason

Le but de l'exercice du blason familial est de « travailler avec et sur la culture du groupe appartenance » (Caillé, Rey, Marche, & Taufour, 2004, p.346). Chaque membre de la famille va créer son propre blason en suivant des règles pour chacune des parties.

- Pour la première partie du blason (en haut à droite) il s'agira de choisir un objet emblématique représentant la famille, objet qui se doit d'être intemporel.
- La deuxième case (en haut à gauche) représente le passé familial en faisant appel à une personne ou un événement particulier.
- La troisième case, (en bas et à gauche) exprime le présent, le « ici et maintenant » soulignant les ressources et soutiens dont dispose la famille.
- La 4e case (en bas à droite) représente l'avenir avec les perspectives, les projets futurs.
- La dernière partie (tout en haut du blason) représente la devise ou la maxime de la famille, pouvant mettre en exergue les règles familiales.

A l'issue de cette construction individuelle, chaque membre présentera son blason aux autres et au thérapeute, il s'agira ensuite de réaliser un blason commun.

Il s'agit d'un exercice qui peut être intéressant dans la mesure où il permet de se faire une image des valeurs et représentations familiales et ce qui se joue entre le passé, présent, futur. Ceci permettra d'envisager les possibles ressources et capacités de changements. Le thérapeute sera au fait de la représentation de la famille et pourra s'ajuster au mieux à ses forces et faiblesses. Des exemples de blasons pourront être consultés en Annexe 6 (p.80).

E. Evaluations systémiques

1. FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)

L'échelle FACES dépend du modèle « circomplexe », elle a été développée par David Olson et introduite pour la première fois aux Etats-Unis en 1979, puis différentes versions se sont développées par la suite. Elle se compose d'un questionnaire destiné aux membres de la famille et d'une grille d'observation pour les thérapeutes.

Cet outil repose sur le principe suivant : le symptôme porté par l'un des membres de la famille « est maintenu par la dynamique familiale et que toute amélioration doit passer par un changement de cette dynamique » (Favez, 2010, p.152). Les objets thérapeutiques seront alors de diminuer les symptômes, de modifier les niveaux de cohésion et de flexibilité s'ils ne sont pas adaptés, ainsi qu'obtenir des possibilités de changements en fonction des situations de vie (Favez, 2010).

Cette échelle d'évaluation permet d'établir un « diagnostic relationnel » sur la famille, à partir de 3 dimensions :

1. La cohésion : Il s'agit de l'attachement entre les membres de la famille. Elle se mesure selon : les liens émotionnels, l'implication dans la famille, la relation maritale, les relations parents-enfants, les relations externes (relations amicales, intérêts et activités). On analysera alors les différents niveaux de cohésion de chaque famille.

2. La flexibilité : Il s'agit de la capacité à osciller entre stabilité et changements. Cette notion regroupe les aspects suivants : le leadership, la discipline, les négociations, la répartition des rôles, les règles de fonctionnement.

Les niveaux de cohésion et de flexibilité varient en fonction des événements de vie de la famille, il s'agira alors pour la famille de savoir s'adapter.

3. La communication : Cette notion fait le lien entre les deux précédentes, elle se définit comme facilitatrice.

Cette échelle émet l'hypothèse que les « familles plus équilibrées » sont plus à même de s'adapter aux changements des situations de vie que les « familles déséquilibrées ».

Cette échelle est présentée en Annexe 7 (p.81).

2. Guide d'entretien familial centré sur les ressources de la famille

Ce guide d'entretien a été élaboré par Echevarria-Doan (2001), et cité par Cook-Darzens (2002), afin de relever les forces et les ressources d'une famille. Il peut être utilisé lors du questionnaire de l'anamnèse. Les réponses permettront d'orienter la prise en charge en fonction des compétences et des ressources adaptatives de la famille. Nous avons retranscrit ce guide d'entretien en Annexe 8 (p.83).

F. Formation initiale et formation continue en systémie

L'approche systémique peut être abordée en formation initiale dans le cadre des enseignements de psychologie clinique, psychanalyse et psychopathologie.

En ce qui concerne la formation continue des professionnels, il est possible de suivre une formation à l'intervention systémique. Cette dernière s'adresse aux divers professionnels qui souhaitent expérimenter une méthodologie et une lecture systémique dans les diverses interactions des individus dans leurs environnements. L'objectif poursuivi est d'y induire des changements, en s'appuyant sur les ressources de chacun.

II. Limites de cette étude

Tout d'abord nous avons fait quelques erreurs dans la conception du questionnaire, notamment sur la rédaction de questions et de certaines modalités de réponses. Nous les avons relatées dans nos résultats. De plus, nous n'avons pas interrogé les professionnels sur leur connaissance de l'approche systémique (leur formation et leurs informations quant à cette méthode). Cet aspect aurait pu être intéressant à analyser.

Par ailleurs, nous avons obtenu 73 réponses de professionnels, il aurait pu être intéressant d'obtenir plus de réponses pour parvenir à des résultats plus précis. Sur ces 73 réponses, 70 étaient des orthophonistes, deux kinésithérapeutes et un ergothérapeute. Cette distribution ne nous a donc pas permis de mettre en avant des différences de prise en charge suivant les diverses professions. Les résultats sont représentatifs de la pratique orthophonique et non d'une pratique générale des rééducateurs prenant en charge les troubles de la sélectivité alimentaire.

III. Ouvertures

Cette étude ouvre de nouvelles perspectives dans la prise en soin des troubles de la sélectivité alimentaire. Il serait intéressant d'expérimenter les outils mentionnés dans la partie modélisation auprès des patients et de leur famille.

D'autre part nous avons orienté nos questionnements sur la famille constituée des parents, de la fratrie ainsi que les grands-parents (ceux étant très présents dans leur quotidien). Nous avons fait le choix de délimiter notre étude à la famille. Cependant il aurait pu être intéressant de tenir compte des autres environnements et personnes qui interviennent quotidiennement dans la vie des enfants, à savoir : nourrices, crèches et cantines, structures médico-sociales / sanitaires (régies par des cadres et règles précis).

Enfin nous pourrions nous questionner sur la place qu'a l'approche systémique face à la maladie et aux enjeux de santé. Dans certaines situations, l'approche systémique pourrait aider à accompagner les familles autour des enjeux nutritionnels de l'enfant, en respectant l'équilibre familial et ce qui se joue au sein de la niche écologique. Cette approche aurait toute sa valeur si elle intègre les enjeux, les valeurs et surtout le projet éducatif de la famille qui parfois diffère de la volonté « à tout prix » d'alimenter l'enfant pour donner priorité aux échanges affectifs et relationnels.

Conclusion

Le repas est vital dans son aspect nutritionnel (santé, croissance). Il s'agit d'un enjeu capital de la santé qui exige une vigilance très particulière auprès des enfants les plus fragiles. Toutefois le repas ne se limite pas à cette unique fonction : il est aussi essentiel pour la construction des liens sociaux et un véritable temps d'apprentissages. Il s'agit d'un moment de partage et de convivialité au sein de la famille. Lorsque l'enfant présente des troubles de la sélectivité alimentaire, ce moment de repas est impacté pour lui mais également pour l'ensemble de la famille.

Il nous semblait restrictif dans ce contexte de ne pas tenir compte de la niche écologique dans laquelle l'enfant vit. Nous nous sommes donc intéressés à la prise en compte de la famille dans sa globalité dans la prise en soin de ces troubles.

Notre étude a relevé que les professionnels accompagnant des enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire souhaitaient avoir une représentation globale de la structure familiale de leur patient, ceci à travers leurs questionnements et leurs observations. Cependant, ils avaient des difficultés à intervenir au sein des familles et à transférer les acquis de séances dans leur quotidien.

Nous avons ainsi voulu apporter un autre regard, à notre niveau, sur cette prise en soin et tenir compte d'une plus grande globalité des soins. Ceci nous a amenés à proposer différents outils qui s'appuient sur l'intervention systémique qu'il serait intéressant d'expérimenter dans les prises en charge afin d'obtenir des changements et transferts dans le quotidien des familles.

Bibliographie

- Abadie, V. (2012). Développement de l'oralité alimentaire. Dans O. Goulet, M. Vidailhet, & D. Turck (dir.), *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (2e édition, p. 2-6). Rueil-Malmaison : Doin.
- Abernhe, K., et Albernhe, T. (2014). *Les thérapies familiales systémiques*. Paris : Elsevier Masson.
- Apollinaire, G. (1965). Le repas. Dans A. Sauret, *Oeuvres poétiques* (p. 298).
- Arcan, C., Bruening, M., et Story, M. (2013). L'impact de la télévision et des publicités télévisées sur les comportements alimentaires des enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Repéré à <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/53/limpact-de-la-television-et-des-publicites-televeees-sur-les-comportements-alimentaires-des-enfants.pdf>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris : Elsevier Masson.
- Ayadi, K., et Brée, J. (2010). Le rôle des interactions au sein de la famille dans la construction du répertoire alimentaire chez l'enfant. Une approche mésosystémique. *Management & Avenir*, 37(7), 195-214. doi:10.3917/mav.037.0195.
- Baton-Hervé, E. (2018). Le mésusage des écrans chez les enfants et les adolescents : l'éclairage d'une enquête qualitative auprès des professionnels de l'enfance et de l'adolescence. *MEI (Médiation et Information)*, 59-69. doi: 10.1016/j.neurenf.2013.03.003.
- Bellisle, F. (2010). Préférence pour le sucré : innée ou acquise. *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition*, 144-148. Repéré à <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16337.pdf>
- Bellisle, F. (2012). Acquisition des goûts alimentaires : l'inné et l'acquis. Dans O. Goulet, M. Vidailhet, et D. Turck, *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique* (p. 12-22). (2e édition, p. 2-6). Rueil-Malmaison, France: Doin.
- Birch, L., Zimmerman, S., & Hind, H. (1980). The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. *Child Development*, 51, 856-861. doi:10.1016/S0022-3182(81)80023-4
- Birch, L. (1980). Effects of Peer Models' Food Choices and Eating Behaviors on Preschoolers' Food Preferences. *Child Development*, 51(2), 489-496. doi:10.2307/1129283
- Birch, L., & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101, 539-549. Repéré à <http://www.adinapearson.com/kvpaHB2WmRY5/wp-content/uploads/2014/09/Development-of-eatign-behaviors-among-children-and-adolescents.pdf>
- Bocquet, A., Corbeau, J., & Bocquet, M. (2014). AFPA CO-02-Etude Nutri-bébé SFAE 2013/comportements alimentaires avant l'âge de 3 ans. *Archives de Pédiatrie*, 21(5), 334. doi:10.1016/S0929-693X(14)71594-5

- Broca, A. (2017). *Le développement de l'enfant : du normal aux principaux troubles du développement*. Paris: Elsevier Masson.
- Bullinger, A. (2000). De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. *Enfance*, 53(3), 213-220. doi : 10.3406/enfan.2000.3177
- Caillé, P., Rey, Y., Marche, B., & Taufour, B. (2004). *Les objets flottants : méthodes d'entretiens systémiques : le pouvoir créatif des familles et des couples*. Paris: Fabert.
- Chiva, M. (2012). *Aspects psychologiques et socioculturels des pratiques alimentaires*. Rueil-Malmaison : Editions Doin.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique : approche systématique intégrée*. Malakoff : Dunod.
- Cook-Darzens, S. (2009). La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale. *Thérapie Familiale*, 30(3), 327-352. doi:10.3917/tf.093.0327
- Cooke, L., Haworth, C., & Wardle, J. (2007). Genetic and environmental influences on children's food neophobia. *The American journal of clinical nutrition*, 86(2), 428-433. doi:10.1093/ajcn/86.2.428
- Cooke-Darzens, S. (2005). La thérapie familiale : de la multiplicité à l'intégration. *Pratiques Psychologiques*, 11(2), 169-183. doi:10.1016/j.prps.2005.04.002
- Couly, G. (2015). *Oralité du fœtus : Neurogenèse-Sensorialité-Dysoralité-Anoralité-Echographie-Syndrome de Robin*. Montpellier : Sauramps Médical.
- Cyrułnik, B. (2017). *Alimentation sous influences*. Savigny-sur-Orge: Philippe Duval.
- Dachet, A., Bonte, M., & Duret, I. (2019). Le blason familial : un voyage dans le temps des familles pour transformer la « mémoire traumatique » en « mémoire thérapeutique ». *Cahiers de psychologie clinique*(2), 113-138. doi:10.3917/cpc.053.0113
- De Saint Pol, T. (2012). Repas. Dans J.-P. Poulain (dir), *Dictionnaire des cultures alimentaires* (p. 1137-1142). Paris: Puf.
- De Singly, F. (2016). *Le questionnaire* (4e édition). Malakoff: Armand Colin.
- Delage, M., Lejeune, A., & Delahaye, A. (2017). *Pratiques du soin et maladies chroniques graves: approche systémique et résilience*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Delaunay-El Allam, M., Soussigna, R., Patris, B., Marlier, L., & Schaal, B. (2010). Long-lasting memory for an odor acquired at the mother's breast. *Developmental Science*, 13(6), 849-863. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00941.x
- Dovey, T. (2018). Avoidant/restrictive food intake disorder: An eating disorder on a spectrum with food neophobia. *Food Neophobia*, 329-349. doi: 10.1016/B978-0-08-101931-3.00016-1
- Dovey, T., Staples, P., Gibson, E., & Halford, J. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*, 50(2-3), 181-193. doi: doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009
- Dridi, L., Oulamara, H., & Agli, A. (2014). Relation entre néophobie et préférences alimentaires et pratiques alimentaires maternelles. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 27(1), 16-22. doi: 10.1016/j.jpp.2013.10.004

- Dumoulin, M. (2013). *Le développement du goût et des préférences gustatives : du fœtus à l'enfance*. (Thèse de doctorat, Université de Nantes). Repéré à <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=d3eab818-9bf0-4a0c-a1d7-85a6438d6ad4>
- Dupuy, A. (2017). Société, culture et alimentation. Dans B. Cyrulnik (dir.), *Alimentation sous influences* (p. 103-113). Savigny-sur-Orge: Philippe Duval.
- Dupuy, A., & Watiez, M. (2012). La socialisation alimentaire. Dans J.-P. Poulain (dir.), *Dictionnaire des cultures alimentaires* (pp. 1271-1280). ParisPuf.
- Edelman, G. M. (2004). *Plus vaste que le ciel : une nouvelle théorie générale du cerveau*. Paris: Odile Jacob.
- Etievant, P., Bellisle, F., Dallongeville, J., Etilé, F., Guichard, E., Padilla, M., & Romon-Rousseaux, M. (2010). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Expertise scientifique collective INRA*. Repéré à <http://inra.dam.front.pad.brainsonic.com/ressources/afile/223303-cfd17-resource-expertise-comportements-alimentaires-synthese.html>
- Favez, N. (2010). Le modèle "circomplexe" (circumplex). Dans N. Favez *L'examen clinique de la famille* (p. 135-164). Wavre : Mardaga.
- Fischler, C. (1990). *L'omnivore : le goût, la cuisine et le corps*. Paris: Odile Jacob.
- Fischler, C. (2017). Mangerons-nous ensemble demain ? Dans B. Cyrulnik (dir.), *Alimentation sous influences* (p. 115-124). Savigny-sur-Orge : Philippe Duval.
- Gerrish, C., & Mennella, J. (2001). Flavor variety enhances food acceptance in formula-fed infants. *The American journal of clinical nutrition*, 73(6), 1080-1085. doi: doi.org/10.1093/ajcn/73.6.1080
- Goday, P., Huh, S., Silverman, A., Lukens, C., Dodrill, C., Cohen, S., & Kenzer, A. (2019). Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 68(1), 124. doi: [10.1097/MPG.0000000000002188](https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188)
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2005). Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 35(2), 13-28. doi:[10.3917/ctf.035.0013](https://doi.org/10.3917/ctf.035.0013).
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2009). *L'attachement: approche théorique*. Paris: Elsevier Masson.
- Guidance parentale. (2011). Dans F. Brin, C. Courrier, E. Lederlé, & V. Masy, *Dictionnaire d'orthophonie* (3e, p. 122). Isbergues: Ortho Edition.
- Hafsad, G., Abebe, D., Torgersen, L., & Soet, T. (2013). Picky eating in preschool children: The predictive role of the child's temperament and mother's negative affectivity. *Eating Behaviors*, 14(3), 274-277. doi:[10.1016/j.eatbeh.2013.04.001](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.04.001)
- Houzel, D. (2008). Les applications préventives et thérapeutiques de la méthode d'Esther Bick. Dans P. Delion, *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick* (p. 81-93). Toulouse: ERES. doi:[10.3917/eres.delio.2008.01.0081](https://doi.org/10.3917/eres.delio.2008.01.0081).
- Jakson, S. (2017). *Intérêt de l'utilisation des objets flottants des thérapies systémiques dans la pratique psychiatrique* (Thèse de doctorat, Université de Nantes). Repéré à <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=1a4da4f6-0040-4b32-8b2e-b975c47cea44>

- Jouen, F., Paldi, A., Chevalier, B., & Molina, M. (2017). Epigénèse probabiliste et développement. Dans D. Candilis-Huisman, *Bébé sapiens: Du développement épigénétique aux mutations dans la fabrication des bébés* (p. 73-88). Toulouse: ERES.
- Klesges, R., Stein, R., Eck, L., Isbell, T., & Klesges, L. (1991). Parental influence on food selection in young children on its relationships to children obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 53(4), 859-864. doi: 10.1093/ajcn/53.4.859
- Knaapila, A., Tuorila, H., Silventoinen, K., Keskitalo, K., Kallela, M., Wessman, M., & Perola, M. (2007). Food neophobia shows heritable variation in humans. *Physiology and Behavior*, 91(5), 573-578. doi: doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.03.019
- Kolb, B., Wishaw, I., & Teskey, G. (2019). *Cerveau et comportement*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Lafraire, J., Rioux, C., Giboreau, A., & Picard, D. (2016). Food rejections in children: Cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite*, 96, 347-357. doi: 10.1016/j.appet.2015.09.008
- Maier, A., Chabanet, C., Schaal, B., Issanchou, S., & Leathwood, P. (2007). Effects of repeated exposure on acceptance of initially disliked vegetables in 7-month old infants. *Food Quality and Preference*. doi: 10.1016/j.foodqual.2007.04.005
- Maier-Noth, A., Schaal, B., Leathwood, P., & Issanchou, S. (2016). The lasting influences of early food-related variety experience: a longitudinal study of vegetable acceptance from 5 months to 6 years in two populations. *Plos One*, 11(3). doi:10.1371/journal.pone.0151356
- Mäkelä, J. (2012). Statut social du repas. Dans J.-P. Poulain (dir.), *Dictionnaire des cultures alimentaires* (p. 1142-1146). Paris: Puf.
- Marcelli, D., Bossière, M., & Ducanda, A. (2018). Plaidoyer pour un nouveau syndrome «Exposition précoce et excessive aux écrans»(epee). *Enfances Psy*(3), 142-160. doi:10.3917/ep.079.0142
- Marlier, A., Gaugler, C., Astruc, D., & Messer, J. (2007).). La sensibilité olfactive du nouveau-né prématuré. *Archives de pédiatrie*, 14(1), 45-53. doi: doi.org/10.1016/j.arcped.2006.09.006
- Marquis, M. (2012). Comportements alimentaires des familles. Dans J.-P. Poulain (dir.), *Dictionnaire des cultures alimentaires* (p. 563-568). Paris: Puf.
- Mazaux, J., Destailats, J., Belio, C., & Péliissier, J. (2011). *Handicap et famille: approche neuro-systémique et lésions cérébrales*. Paris: Elsevier Masson.
- Mendonça, J., Cossette, L., Lapointe, M., & Strayer, F. (2008). Vers une analyse systémique des liens d'attachement. *Bulletin de psychologie*, 495(3), 257-266. doi:10.3917/bupsy.495.0257.
- Mérigot, D., & Ollié-Dressayre, J. (2005). Du génogramme filiatif au génogramme imaginaire. *Thérapie Familiale*, 26(3), 259-269. doi:10.3917/tf.053.0271
- Meynckens-Fourez, M., & Tilmans-Ostyn, E. (2010). *Les ressources de la fratrie*. Toulouse: ERES.
- Nicklas, T., Baranowski, T., Baranowski, J., Cullen, K., Rittenberry, L., & Olvera, N. (2001). Family and child-care Provider Influences on Preschool Children's Fruit, Juice, and Vegetable Consumption. *Nutrition Reviews*, 59(7), 224-235. doi: 10.1111/j.1753-4887.2001.tb07014.x
- Politzer, N. (2012). Education au goût. Dans J.P Poulain (dir.), *Dictionnaire des cultures alimentaires* (p. 421-430). Paris: Puf.

- Poulain, J.-P. (2012). *Dictionnaire des cultures alimentaires*. Paris: Puf.
- Remy, E., Issanchou, S., Chabanet, C., & Nicklaus, S. (2013). Repeated exposure of infants at complementary feeding to a vegetable puree increases acceptance as effectively as flavor-flavor learning and more effectively than flavor-nutrient learning. *The journal of nutrition*, 143(7), 1194-1200. doi: 10.3945/jn.113.175646
- Rigal, N. (2010). Diversification alimentaire et construction du goût. *Archives de Pédiatrie*, 17, 208-212. doi:10.1016/S0929-693X(10)70929-5
- Rigal, N., Reiter, F., Morice, D., De Boissieu, D., & Dupont, C. (2005). Impact du régime d'éviction sur la néophonie dans le cadre d'une allergie alimentaire chez l'enfant : étude exploratoire. *Archives de Pédiatrie*, 12(12), 1714-1720. doi: 10.1016/j.arcped.2005.02.031
- Rochegude, A.-S. (2017). Alimentation, terrain d'influences. Dans B. Cyrulnik (dir.), *Alimentation sous influences* (pp. 11-20). Savigny-sur-Orge: Philippe Duval.
- Schaal, B. (2017). Premiers paysages odorants et sapides. Dans B. Cyrulnik (dir.), *Alimentation sous influences* (pp. 103-113). Savigny-sur-Orge: Philippe Duval.
- Schaal, B., Delaunay-El Allam, M., & Soussignan, R. (2008). Emprises maternelles sur les goûts et les dégoûts de l'enfant : mécanismes et paradoxes. *Enfance*, 60(3), 219-230. doi:10.3917/enf.603.0219.
- Schaal, B., Marlier, L., & Soussignan, R. (2000). Human fetuses learn odours from their pregnant mother's diet. *Chemical senses*, 25(6), 729-737. doi: 10.1093/chemse/25.6.729
- Scheen, A. (2013). La vignette diagnostique de l'étudiant? L'anamnèse médicale étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique. *Revue Médicale de Liège*, 68(11), 599-603. Repéré à https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/161154/1/201311_09.pdf
- Schon, M.-J. (2010). L'histoire du bouton n'est pas cousue de fil blanc. *Thérapie familiale*, 31(4), 417-438. doi:10.3917/tf.104.0417.
- Simon, A.-M. (1996). Intervention précoce chez le jeune enfant qui bégaie. *Association Parole Bégaïement*, 1-17. Repéré à <https://www.begaïement.org/wp-content/uploads/intervention-precoce-am-simon.pdf>
- Simon, A.-M. (2015). *Mon enfant bégaie : le bégaïement est une souffrance, évitons qu'il ne gâche toute une vie!* Paris: Tom pousse.
- Soussignan, R., Schaal, B., & Marlier, L. (1999). Olfactory alliesthesia in human neonates: prandial state and stimulus familiarity modulate facial and autonomic responses to milk odors. *Developmental Psychobiology. Developmental Psychobiology : The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 35(1), 3-14. doi:10.1002/(sici)1098-2302(199907)35:1<3::aid-dev2>3.0.co;2-f
- Steiner, J. (1979). Human Facial Expressions in Response to Taste and Smell Stimulation. *Advances in Child Development and Behavior*, 13, 257-295. doi:10.1016/s0065-2407(08)60349-3
- Taylor, C., Wernimont, S., Northstone, K., & Emmett, P. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359. doi:10.1016/j.appet.2015.07.026

- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Tounian, P. (2010). Diversification alimentaire : idées reçues et preuves scientifiques. *Archives de pédiatrie*, 17(5), 225-228. doi: 10.1016/S0929-693X(10)70932-5
- Vereecken, C., Keukelier , E., & Maes, L. (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, 43(1), 93-103. doi:10.1016/j.appet.2004.04.002

ANNEXES

Annexe 1 : Le trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments, DSM 5

Les critères diagnostiques du trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments, présents dans le DSM 5 sont les suivants :

- A- Un trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments (exemple : manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture ; évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture ; préoccupation concernant un dégoût pour le fait de manger) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et ou énergétiques appropriés, associée à un ou (plusieurs) des éléments suivants :
1. Perte de poids significative (ou incapacité d'atteindre le poids attendu, ou fléchissement de la courbe de croissance chez l'enfant)
 2. Déficit nutritionnel significatif
 3. Nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux
 4. Altération nette du fonctionnement psychosocial
- B- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise.
- C- Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale, d'une boulimie, et il n'y a pas d'argument en faveur d'une perturbation de l'image du corps (perception du poids ou de la forme).
- D- Le trouble de l'alimentation n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Lorsque le trouble de l'alimentation survient dans le contexte d'un autre trouble ou d'une autre affection, la sévérité du trouble de l'alimentation dépasse ce qui est habituellement observé dans ce contexte et justifie, à elle seule, une prise en charge clinique.

Annexe 2 : Questionnaire

L'accompagnement familial au regard de l'approche systémique dans les troubles des sélectivités alimentaires.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie, je réalise un questionnaire destiné aux thérapeutes prenant en charge les troubles de la sélectivité alimentaire des enfants de plus de deux ans. Ce dernier a pour objectif d'évaluer et analyser le suivi des professionnels auprès des familles dans leur globalité, dans leur cadre de vie et de prendre en compte la place de chacune des personnes pouvant influencer l'enfant. Cette étude se fait sous le regard de l'approche systémique.

Ce questionnaire se remplit en 15 minutes maximum.

1. Quelle est votre profession ?

- Orthophoniste
- Kinésithérapeute
- Psychomotricien
- Ergothérapeute

2. Type d'exercice :

- Libéral
- Salariat
- Exercice mixte

3. Vous déplacez-vous à domicile (dans le cadre des troubles de la sélectivité alimentaire) ?

- Oui
- Non

4. Si oui, vous déplacez-vous à domicile pour :

- La séance de bilan
- Une séance de prise en charge
- Plusieurs séances de prise en charge

5. Si oui, observez-vous les repas :

- Pris avec la famille
- Avec l'enfant uniquement

6. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Manque de temps,
- Distance,
- Refus de la famille,
- Autre :

7. Si non, observer les repas à travers une vidéo rapportée par la famille ?

- Oui
- Non

8. Réalisez-vous des repas thérapeutiques au sein du cabinet ?

- Oui
- Non

9. Si oui, les repas thérapeutiques ont lieu :

- En séance individuelle avec la famille
- En séance individuelle sans la famille
- En séance de groupe

10. Si oui : lors des repas thérapeutiques, qui prépare le repas de l'enfant ? :

- Vous préparez un repas habituel pour l'enfant
- Vous préparez un repas différent
- Les parents préparent un repas habituel pour l'enfant
- Les parents préparent un repas qui diffère du quotidien, qui est dans la zone de développement de l'enfant

11. Est-ce que les questions de l'entretien vous suffisent à percevoir les conditions de repas ? (posture, position, milieu calme ou bruyant, avec qui il mange, qui le fait manger, comment l'aidant se place pour le faire manger, plat adapté...)

- Très satisfait
- Satisfait
- Neutre
- Pas assez satisfaisant

12. Si vous avez répondu neutre ou pas assez satisfaisant, que manquerait-il ?

13. Lors des rendez-vous (bilan et séances), les 2 parents participent-ils ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

14. Lors des rendez-vous (bilan et séances), un seul des parents participe ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

15. Si vous avez répondu « tout le temps » ou « très souvent », s'agit-il le plus souvent :

- Du père
- De la mère
- D'une alternance entre le père et la mère

16. Questionnez-vous le rôle des différents membres de la famille qui interviennent pendant le repas de l'enfant ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

17. Si oui, cela vous éclaire-t-il sur l'enfant dans son quotidien ? sur les modalités de prises en charge?

(concerne les réponses Tout le temps, très souvent et de temps en temps)

18. Questionnez-vous les rapports qu'entretient le patient avec sa fratrie ? (son rôle, ses relations, les réactions de ses frères et sœurs face au trouble de l'alimentation, si la fratrie se place comme modèle, ou comme substitut parental...)

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

19. Si oui, cela vous éclaire-t-il sur l'enfant dans son quotidien ? sur les modalités de prise en charge ?
(concerne les réponses Tout le temps, très souvent et de temps en temps)

20. Vous est-il arrivé de rencontrer la fratrie ?

- Oui
- Non

21. Si oui, à quelle fréquence ?

22. Si vous avez rencontré la fratrie, était-ce :

- Au cours d'un repas
- En entretien

23. Quels rôles tiennent-ils avec leur frère/sœur présentant des troubles de la sélectivité alimentaire ?

- Rôle de substitut parental
- Rôle de modèle
- Jalousie vis-à-vis de leur frère/sœur pour l'attention qu'on leur porte
- Aide auprès de leur frère/sœur
- Autres :

24. Si non, trouveriez-vous intéressant de recevoir la fratrie et de les observer au cours d'un repas afin de constater les interactions et ce qui se joue entre les différents membres (renforcement du lien, jalousie, pression, substitut parental...)

- Oui – pourquoi ?
- Non – pourquoi ?
- Ne sais pas

25. Vous est-il arrivé de rencontrer les grands-parents qui sont très présents dans le quotidien des familles (garde de leurs petits-enfants toutes les semaines) ?

- Oui
- Non

26. Si oui, à quelle fréquence ?

27. Est-ce que les enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire prennent leur repas en même temps que toute la famille ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas

28. Est-ce que les enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire prennent leur repas en même temps que la fratrie, sans les parents ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas

29. Est-ce que les enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire prennent leur repas seuls (en décalé du reste de la famille) ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas

30. Voici plusieurs types de familles qui sont rencontrées dans les troubles de l'oralité, à quels types de famille avez-vous été confronté ?

Famille permissive (= l'adulte n'impose aucune règle à son enfant, il le consulte toujours. L'adulte permissif laisse l'enfant manger ce qu'il veut quand il le veut)

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas

31. Famille autoritaire (= avec un leadership important, un adulte autoritaire exerce un contrôle sur les aliments et les quantités mangés. Il peut utiliser des ruses ou des récompenses qui poussent l'enfant à manger)

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas

32. Famille démocratique (= L'adulte démocratique assume les responsabilités de déterminer le menu, l'horaire des repas et l'endroit où ils se prennent. Il laisse l'enfant décider de la quantité qu'il mange.)

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas

33. Si vous avez rencontré des familles permissives, qu'avez-vous proposé, quelles adaptations ?

- Changement d'horaires
- Adaptation de l'installation
- Modification des outils
- Adaptation des types d'aliments

- Adaptation de la position de l'aidant
- Modification du rythme des prises alimentaires
- Donner la possibilité à l'enfant de manipuler, toucher, se salir...
- Aucune adaptation
- Autres : ...

34. Si vous avez rencontré des familles autoritaires, qu'avez-vous proposé, quelles adaptations ?

- Changement d'horaires
- Adaptation de l'installation
- Modification des outils
- Adaptation des types d'aliments
- Adaptation de la position de l'aidant
- Modification du rythme des prises alimentaires
- Donner la possibilité à l'enfant de manipuler, toucher, se salir...
- Aucune adaptation
- Autres : ...

35. Si vous avez rencontré des familles démocratiques, qu'avez-vous proposé, quelles adaptations ?

- Changement d'horaires
- Adaptation de l'installation
- Modification des outils
- Adaptation des types d'aliments
- Adaptation de la position de l'aidant
- Modification du rythme des prises alimentaires
- Donner la possibilité à l'enfant de manipuler, toucher, se salir...
- Aucune adaptation
- Autres : ...

36. Avez-vous rencontré des familles avec une forte cohésion ? (c'est-à-dire que les membres de la famille se demandent de l'aide, les suggestions des enfants sont suivies lorsqu'il y a un problème à régler, la famille est souple dans sa façon d'accomplir les tâches quotidiennes, les règles changent dans la famille)

- Tout le temps
- Très souvent

- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas

37. Avez-vous rencontré des familles avec une faible cohésion ? (c'est-à-dire qu'il n'y a pas ou peu d'implication des membres de la famille, les activités ne sont pas partagées, peu d'aide ou de soutien à l'intérieur de la famille)

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas

38. Est-ce que les parents vous racontent spontanément les progressions, difficultés ou questionnements qu'ils ont eu à la maison ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

39. Vous arrive-t-il qu'il y ait des progressions lors des séances mais que des parents vous rapportent des difficultés à la maison, voire une absence de progression ?

- Tout le temps
- Très souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Je vous remercie pour votre participation et l'attention que vous avez portée à mon questionnaire.

Si vous souhaitez être informé(e) des résultats, vous pourrez les obtenir en m'adressant un mail.

Alice Chauvet-Girard

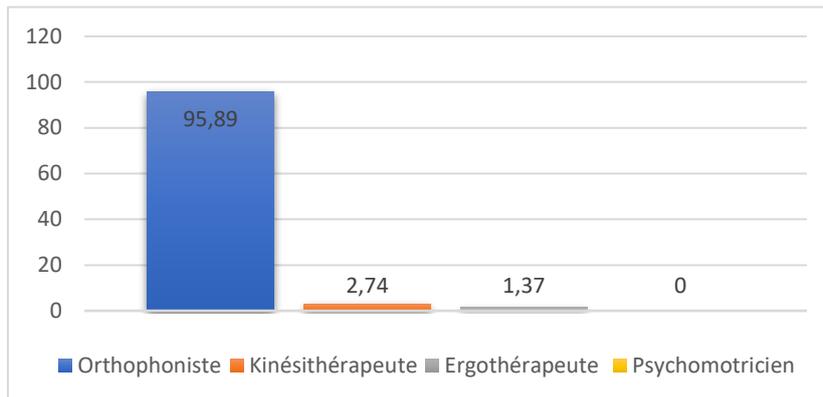
alice.chauvet-girard@etu.univ-nantes.fr

Annexe 3 : Résultats réponses questionnaire

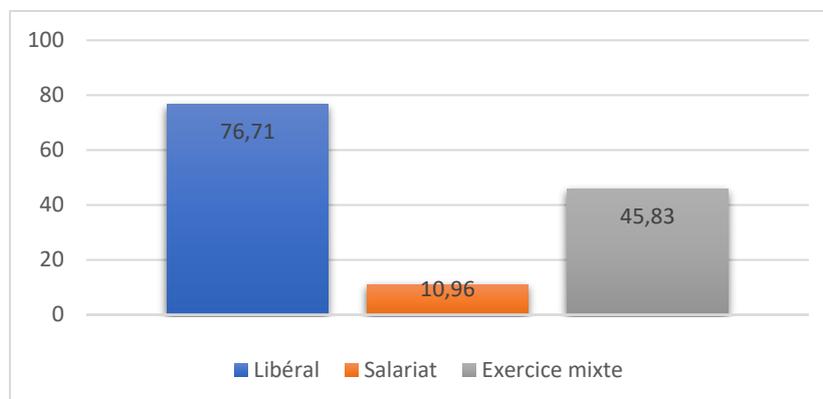
Total : 73 réponses

Les résultats ci-après sont sous forme de pourcentages.

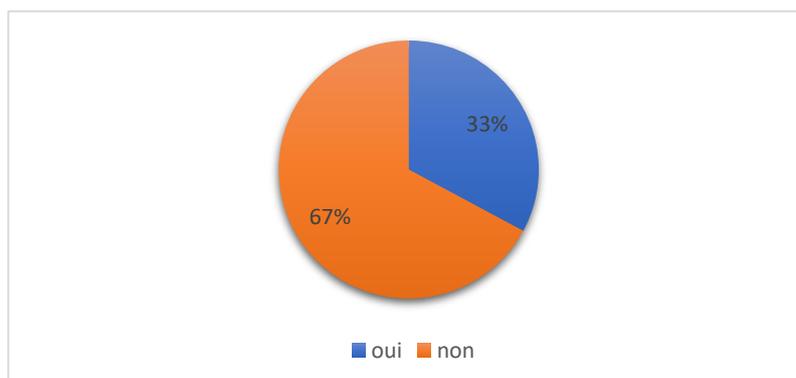
1. Quelle est votre profession ?



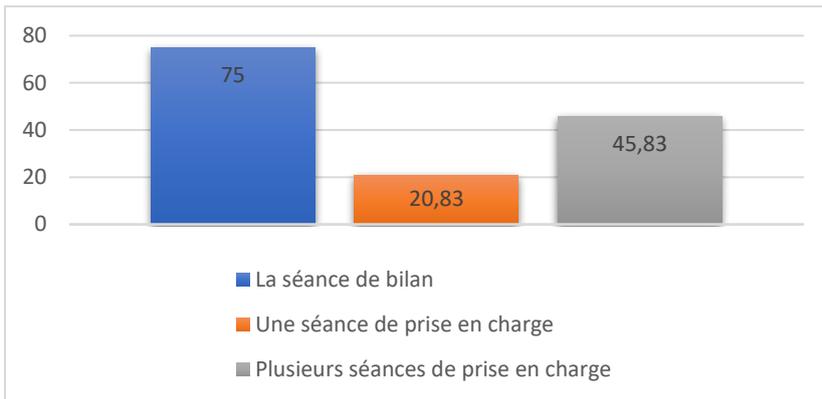
2. Type d'exercice :



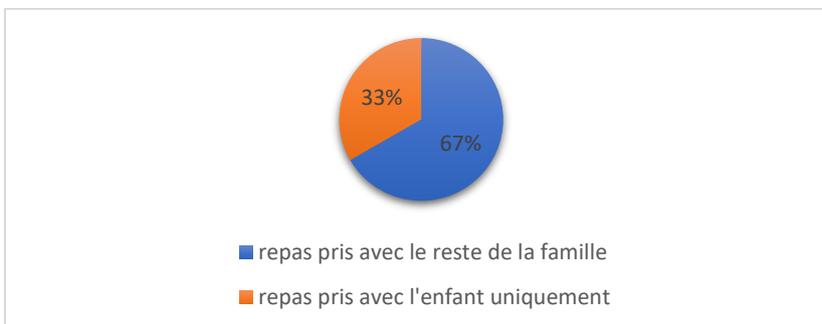
3. Vous déplacez-vous à domicile (dans le cadre des troubles de la sélectivité alimentaire)?



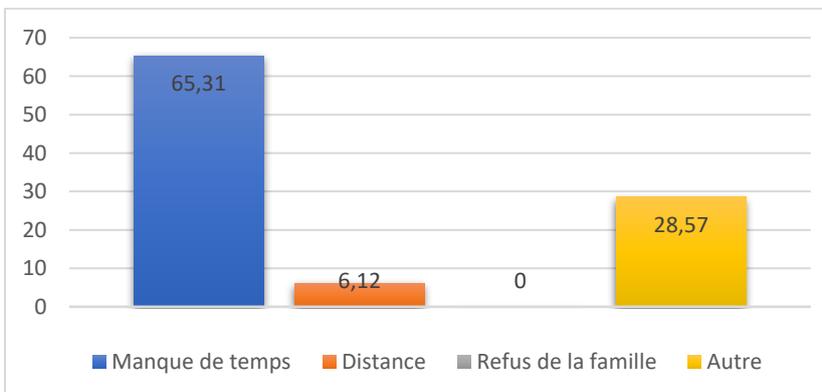
4. Si oui, vous déplacez-vous à domicile pour :



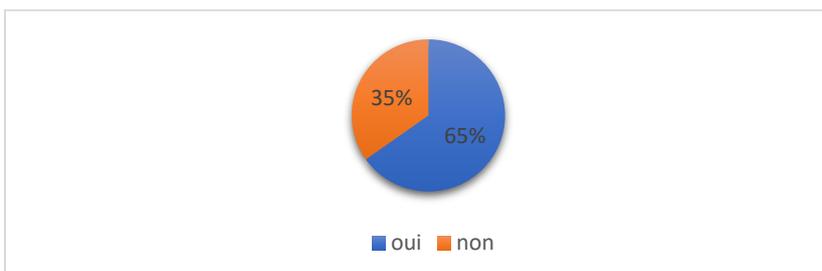
5. Si oui, observez-vous les repas :



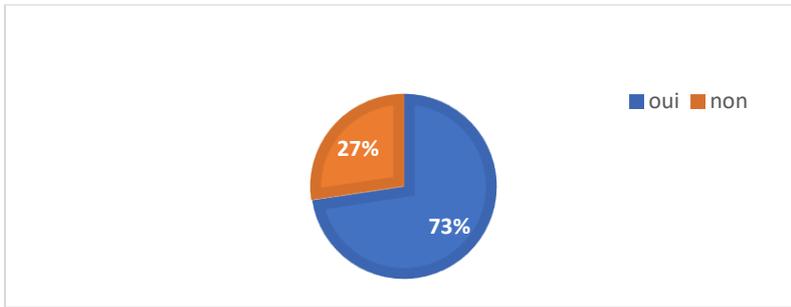
6. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?



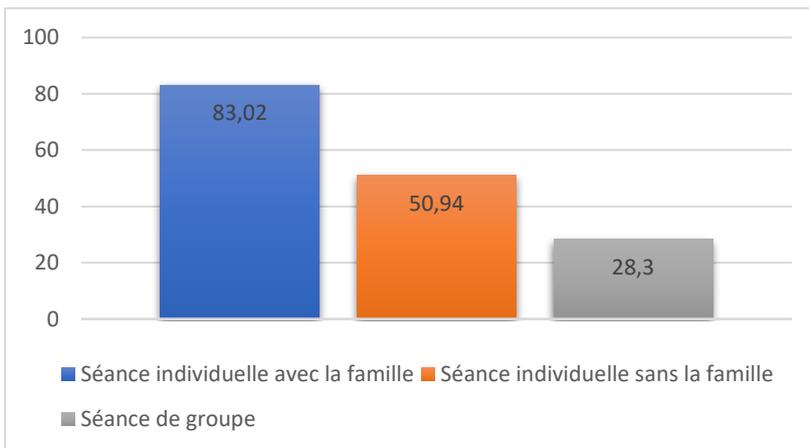
7. Si non, observer les repas à travers une vidéo rapportée par la famille ?



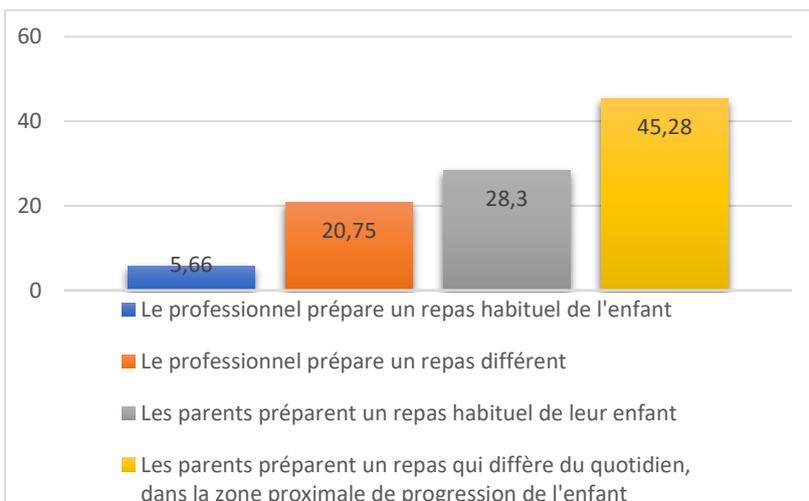
8. Réalisez-vous des repas thérapeutiques au sein du cabinet ?



9. Si oui, les repas thérapeutiques ont lieu :

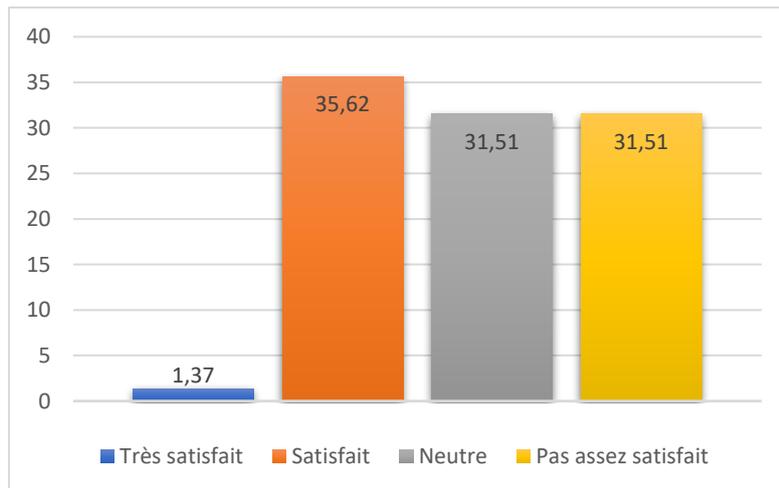


10. Si oui : lors des repas thérapeutiques, qui prépare le repas de l'enfant ? :

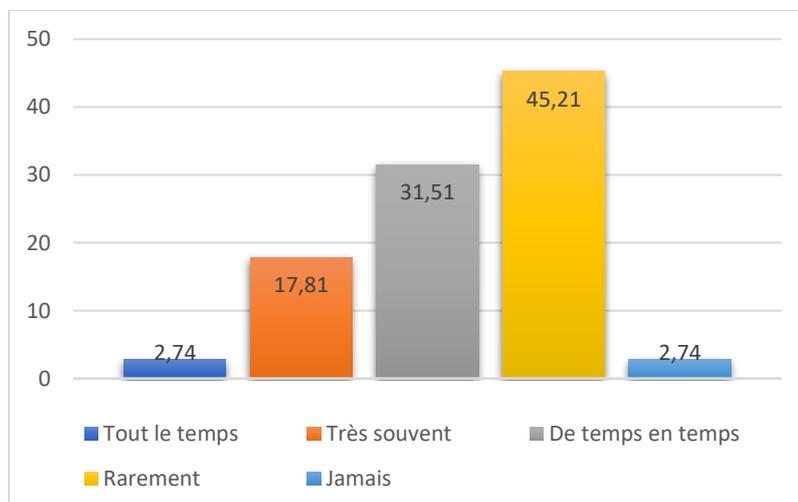


11. Est-ce que les questions de l'entretien vous suffisent à percevoir les conditions de repas ? (posture, position, milieu calme ou bruyant, avec qui il mange, qui le fait manger, comment l'aidant se place pour le faire manger, plat adapté....)

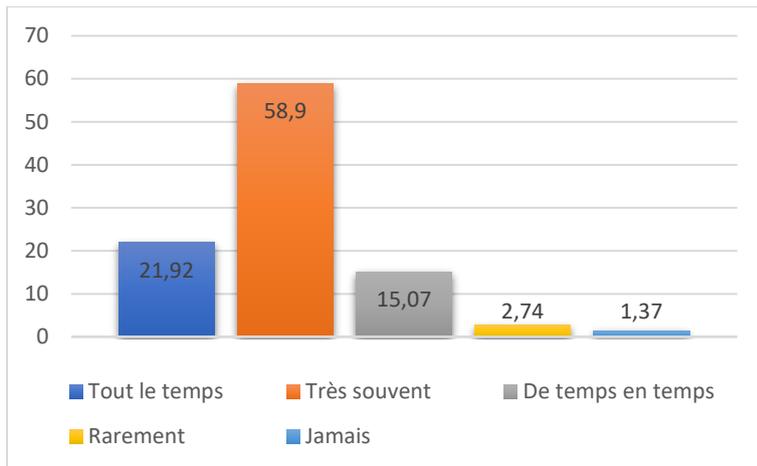
12. Si vous avez répondu neutre ou pas assez satisfaisant, que manquerait-il ?
[réponse libre]



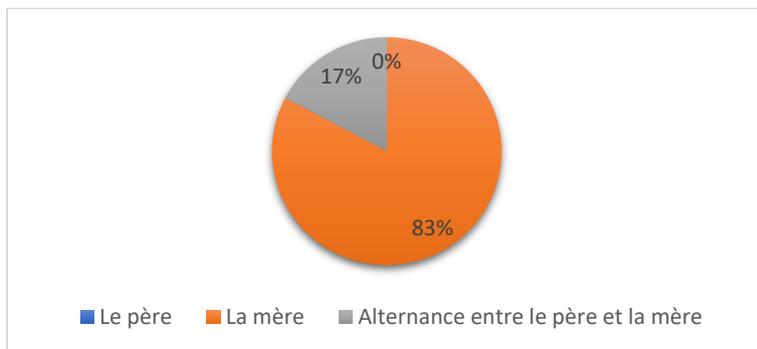
13. Lors des rendez-vous (bilan et séances), les 2 parents participent-ils ?



14. Lors des rendez-vous (bilan et séances), un seul des parents participe ?

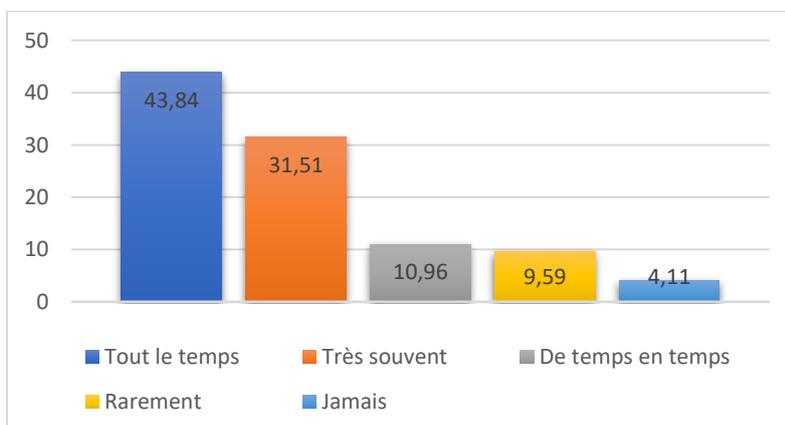


15. Si vous avez répondu « tout le temps » ou « très souvent », s'agit-il le plus souvent :



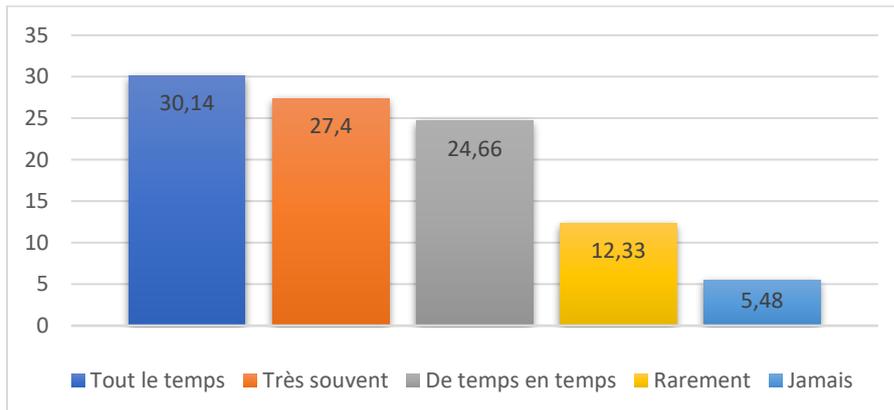
16. Questionnez-vous le rôle des différents membres de la famille qui interviennent pendant le repas de l'enfant ?

17. Si oui, cela vous éclaire-t-il sur l'enfant dans son quotidien ? sur les modalités de prises en charge ? (concerne les réponses Tout le temps, très souvent et de temps en temps)
[réponse libre]



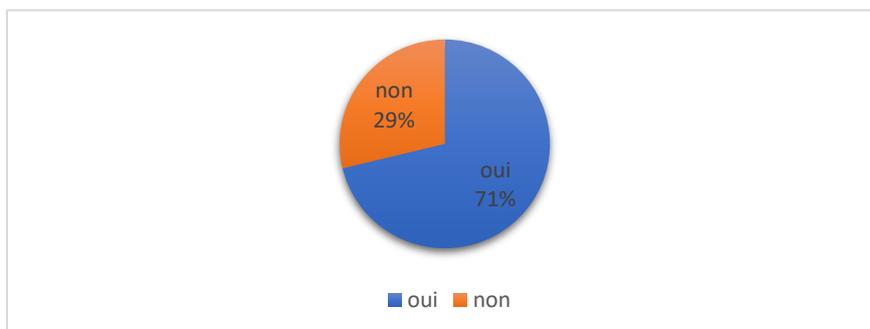
18. Questionnez-vous les rapports qu'entretient le patient avec sa fratrie ? (son rôle, ses relations, les réactions de ses frères et sœurs face au trouble de l'alimentation, si la fratrie se place comme modèle, ou comme substitut parental...)

19. Si oui, cela vous éclaire-t-il sur l'enfant dans son quotidien ? sur les modalités de prise en charge ? (concerne les réponses Tout le temps, très souvent et de temps en temps)
[réponse libre]

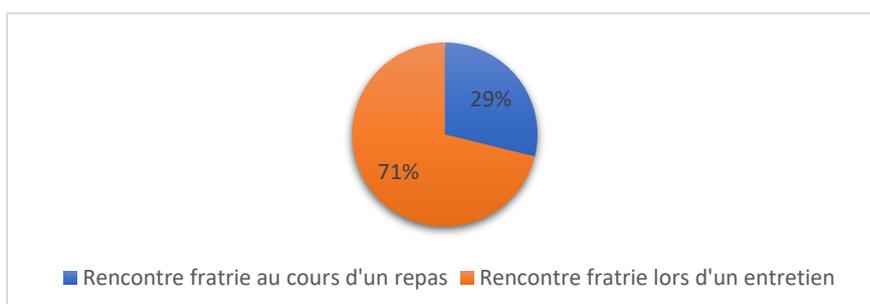


20. Vous est-il arrivé de rencontrer la fratrie ?

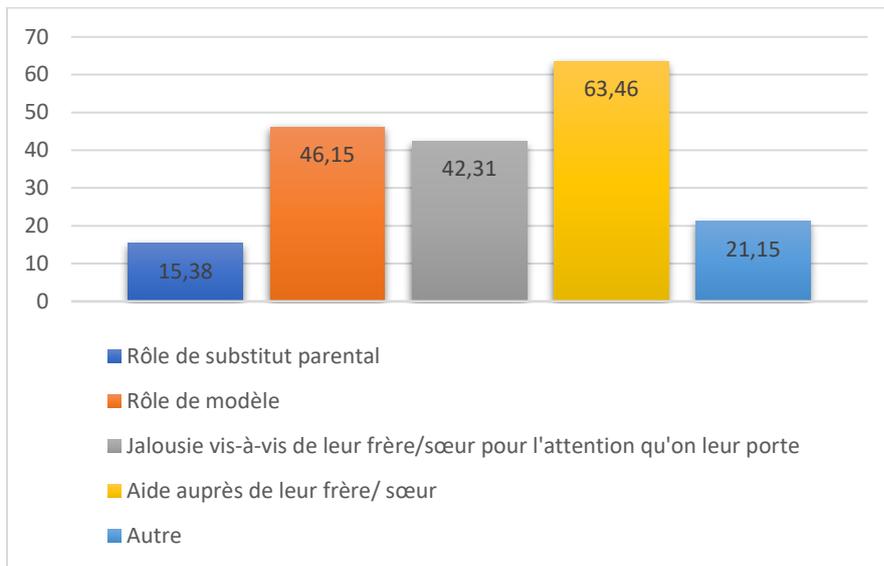
21. Si oui, à quelle fréquence ? [réponse libre]



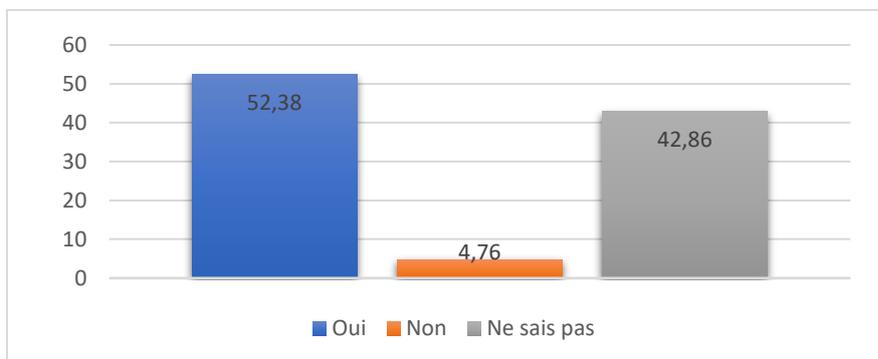
22. Si vous avez rencontré la fratrie, était-ce :



23. Quels rôles tiennent-ils avec leur frère/sœur présentant des troubles de la sélectivité alimentaire ?

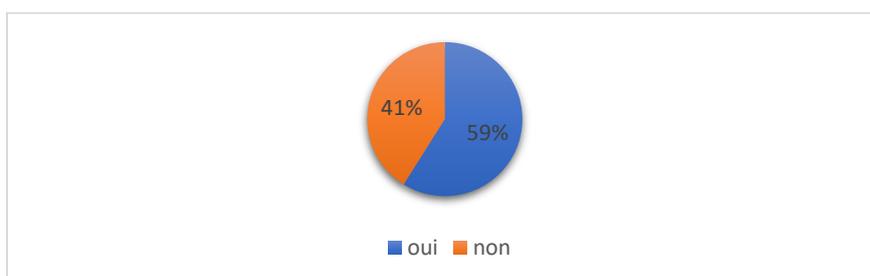


24. Si non, trouveriez-vous intéressant de recevoir la fratrie et de les observer au cours d'un repas afin de constater les interactions et ce qui se joue entre les différents membres (renforcement du lien, jalousie, pression, substitut parental...)



25. Vous est-il arrivé de rencontrer les grands-parents qui sont très présents dans le quotidien des familles (garde de leurs petits-enfants toutes les semaines) ?

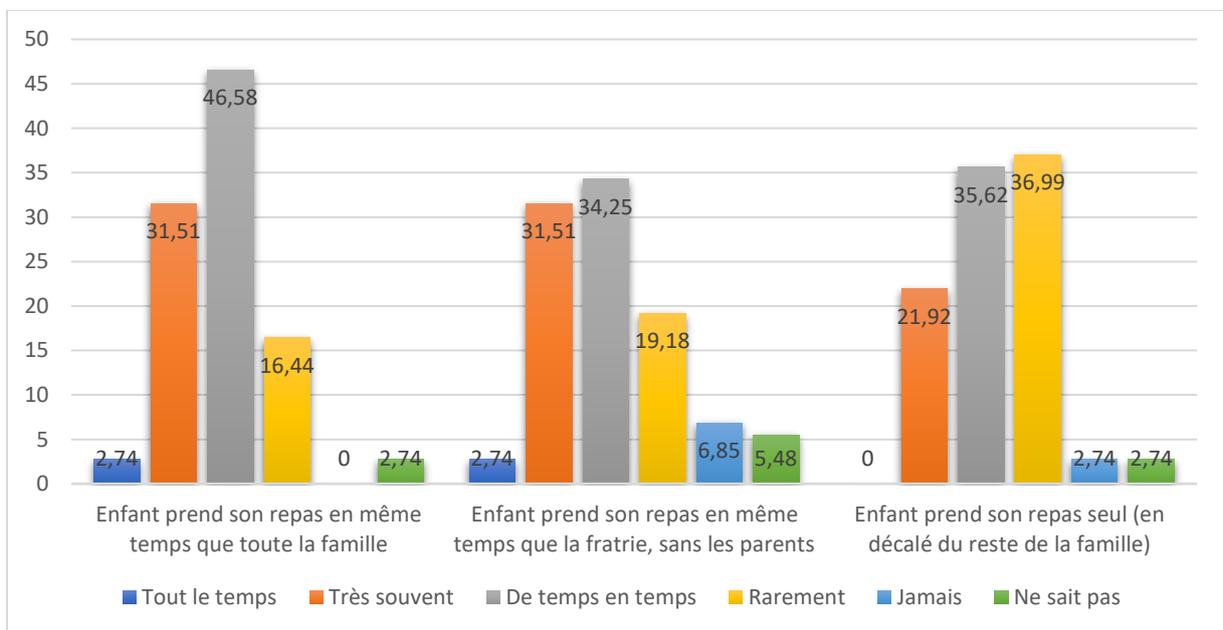
Si oui, à quelle fréquence ? [réponse libre]



26. Est-ce que les enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire prennent leur repas en même temps que toute la famille ?

27. Est-ce que les enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire prennent leur repas en même temps que la fratrie, sans les parents ?

28. Est-ce que les enfants ayant des troubles de la sélectivité alimentaire prennent leur repas seuls (en décalé du reste de la famille) ?

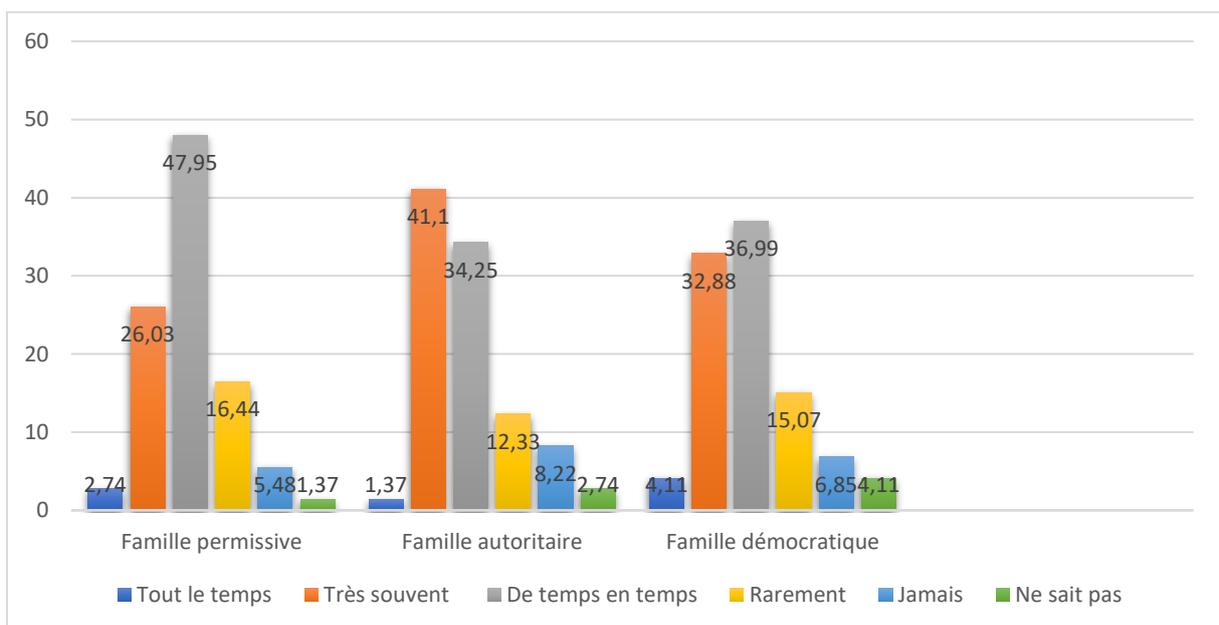


29. Voici plusieurs types de familles qui sont rencontrées dans les troubles de l'oralité, à quels types de famille avez-vous été confronté ?

Famille permissive (= l'adulte n'impose aucune règle à son enfant, il le consulte toujours. L'adulte permissif laisse l'enfant manger ce qu'il veut quand il le veut)

30. Famille autoritaire (= avec un leadership important, un adulte autoritaire exerce un contrôle sur les aliments et les quantités mangés. Il peut utiliser des ruses ou des récompenses qui poussent l'enfant à manger)

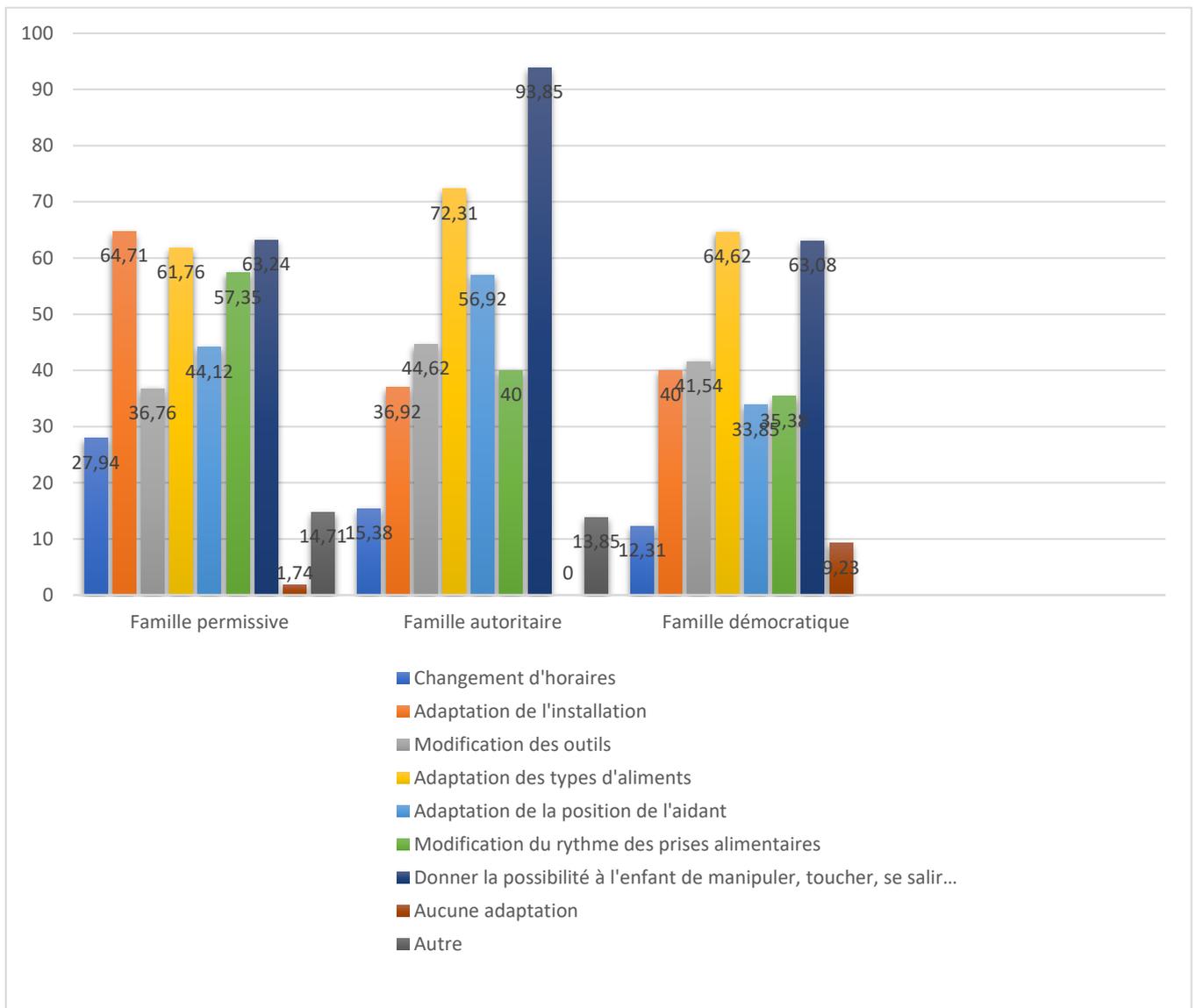
31. Famille démocratique (= L'adulte démocratique assume les responsabilités de déterminer le menu, l'horaire des repas et l'endroit où ils se prennent. Il laisse l'enfant décider de la quantité qu'il mange.)



32. Si vous avez rencontré des familles permissives, qu'avez-vous proposé, quelles adaptations ?

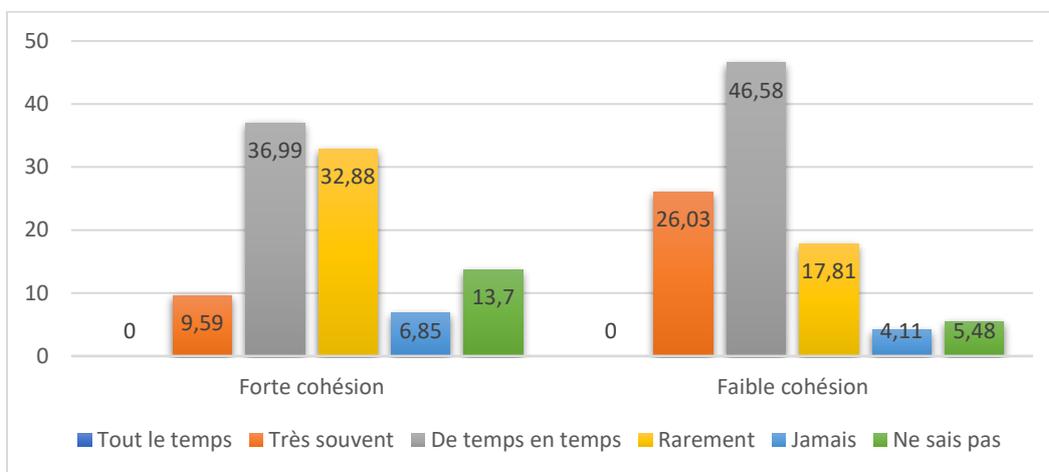
33. Si vous avez rencontré des familles autoritaires, qu'avez-vous proposé, quelles adaptations ?

34. Si vous avez rencontré des familles démocratiques, qu'avez-vous proposé, quelles adaptations ?

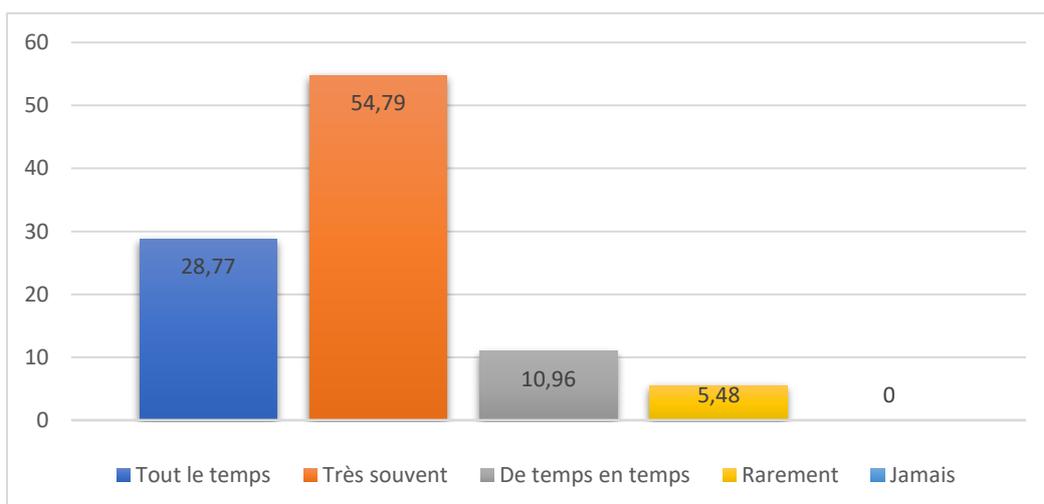


35. Avez-vous rencontré des familles avec une forte cohésion ? (c'est-à-dire que les membres de la famille se demandent de l'aide, les suggestions des enfants sont suivies lorsqu'il y a un problème à régler, la famille est souple dans sa façon d'accomplir les tâches quotidiennes, les règles changent dans la famille)

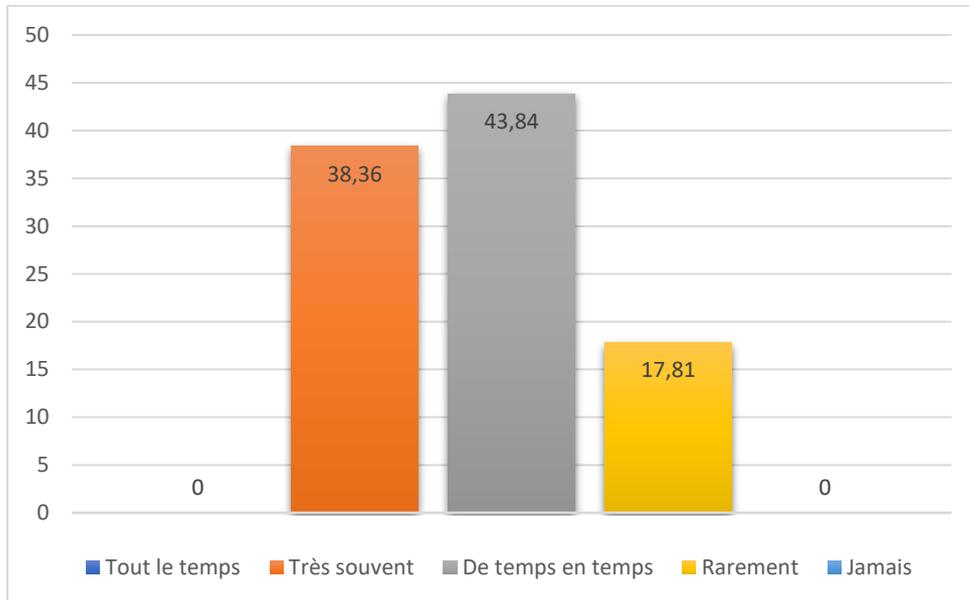
36. Avez-vous rencontré des familles avec une faible cohésion ? (c'est-à-dire qu'il n'y a pas ou peu d'implication des membres de la famille, les activités ne sont pas partagées, peu d'aide ou de soutien à l'intérieur de la famille)



37. Est-ce que les parents vous racontent spontanément les progressions, difficultés ou questionnements qu'ils ont eu à la maison ?



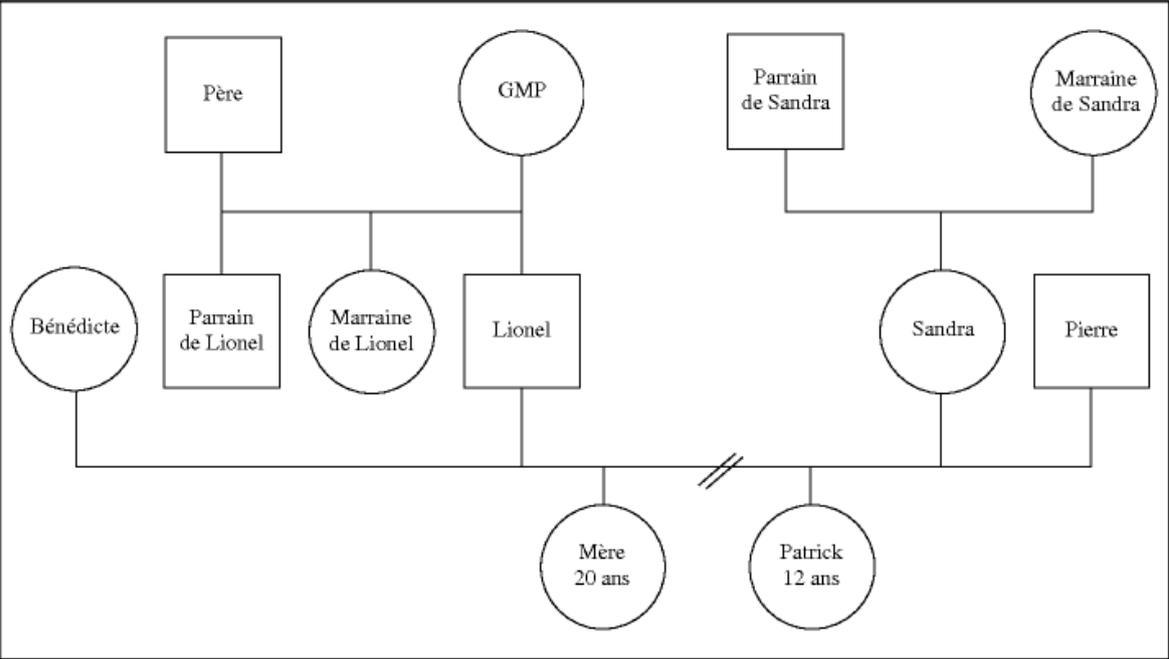
38. Vous arrive-t-il qu'il y ait des progressions lors des séances mais que des parents vous rapportent des difficultés à la maison, voire une absence de progression ?



Annexe 4 : Entretien fratrie (Cook-Darzens, 2002)

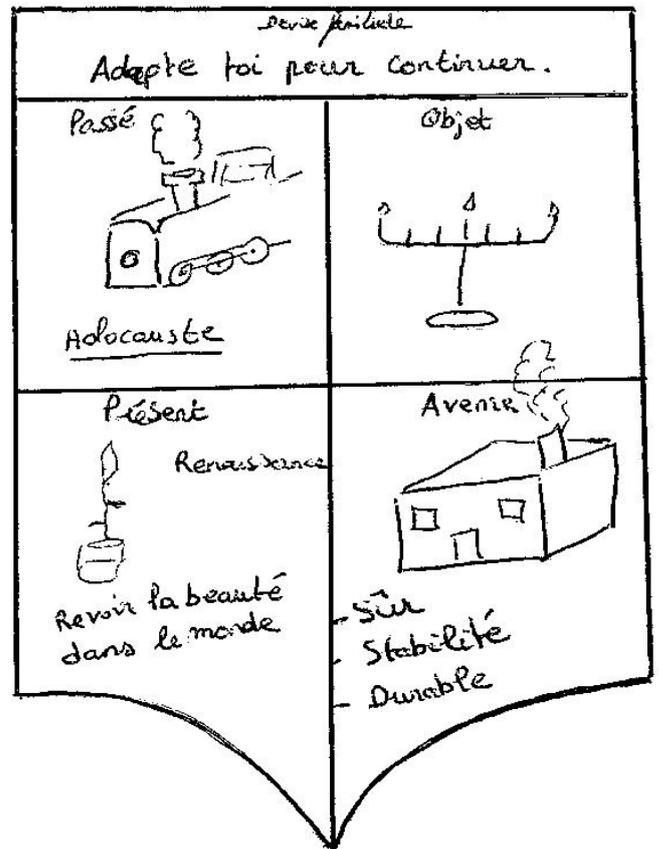
1. Qu'est-ce que tu sais de la maladie de X ?
2. Est-ce que tu as quelque chose à voir avec sa maladie ?
3. Est-ce que tu peux parler avec X de sa maladie ?
4. Est-ce que tu peux en parler avec tes parents ? à tes frères et sœurs ?
5. Est-ce qu'il y a des questions que tu voudrais me poser sur la maladie de X ?
6. Qu'est ce qui a changé pour toi depuis que X est malade ? Comment ça a changé ?
7. Qu'est-ce que tu ressens par rapport à ça ?
8. Est-ce que les gens autour de toi sont différents depuis la maladie de X ? Comment ?
9. Est-ce que les personnes de ta famille ont changé leur comportement avec toi ? Tu peux me dire qui, comment ?
10. Qu'est-ce que tu crains le plus ? Espère le plus ?
11. Si tu avais des conseils à donner à d'autres frères et sœurs avec une sœur anorexique, qu'est-ce que tu leur dirais ?

Annexe 5 : Génogramme (Mérigot & Ollié-Dressayre, 2005)



Le Blason familial

Devise ou maxime du couple ou de la famille	
Case du passé Un personnage et/ou un évènement marquant de l'histoire familiale	Objet emblématique Dessiner
Case du présent Qui aide qui? Alliances et ressources actuelles (matérielles, spirituelles, humaines...)	Case de l'avenir Missions en tant que membre du couple ou de la famille. Projets personnels.



Annexe 7 : FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) (Olson, Portner & Lavee, 1985)

Version française (Vandeleur, 2003)

Décrivez votre famille telle qu'elle est actuellement en inscrivant un numéro de 1 à 5, d'après la cotation ci-dessous, dans l'espace à gauche de chaque question. Choisissez le numéro qui correspond le mieux à la façon dont vous évaluez votre famille pour chaque question. S'il vous plaît, veuillez à répondre à *toutes* les questions :

1 = presque jamais ; 2 = une fois de temps en temps ; 3 = parfois ;
4 = souvent ; 5 = presque toujours.

- 1. Les membres de notre famille se demandent de l'aide les uns aux autres.
- 2. Les suggestions des enfants sont suivies lorsqu'il y a un problème à régler.
- 3. Dans notre famille, chacun accepte les amis des autres.
- 4. Les enfants ont leur mot à dire au sujet de la discipline.
- 5. Nous aimons faire des choses seulement en famille, juste entre nous.
- 6. Plusieurs personnes partagent le rôle de chef dans notre famille.
- 7. Les membres de notre famille se sentent plus proches les uns des autres que des personnes extérieures à notre famille.
- 8. Notre famille est souple dans sa façon d'accomplir les tâches quotidiennes.
- 9. Les membres de notre famille aiment passer du temps libre ensemble.
- 10. Les parents et les enfants de notre famille discutent des punitions ensemble.
- 11. Les membres de notre famille se sentent très proches les uns des autres.
- 12. Ce sont les enfants qui prennent les décisions dans notre famille.
- 13. Lorsque notre famille se réunit pour faire quelque chose, tout le monde est là.
- 14. Les règles changent dans notre famille.
- 15. Nous trouvons facilement des choses à faire en famille.
- 16. Nous prenons à tour de rôle la responsabilité des tâches ménagères.
- 17. Quand un membre de notre famille a une décision à prendre, il consulte les autres avant de le faire.
- 18. Il est difficile de dire qui est le chef dans notre famille.
- 19. Nous pensons qu'il est très important d'être une famille unie.
- 20. Dans notre famille, il est difficile de dire qui fait quelle tâche ménagère.

Maintenant, décrivez votre famille telle que vous aimeriez qu'elle soit idéalement en inscrivant un numéro de 1 à 5, d'après la cotation ci-dessous, dans l'espace à gauche de chaque question, comme pour la première série de questions.

1 = presque jamais ; 2 = une fois de temps en temps ; 3 = parfois ;
4 = souvent ; 5 = presque toujours.

- 21. J'aimerais que les membres de notre famille se demandent de l'aide les uns aux autres.
- 22. J'aimerais que les suggestions des enfants soient suivies lorsqu'il y a un problème à régler.
- 23. J'aimerais que, dans notre famille, chacun accepte les amis des autres.
- 24. J'aimerais que les enfants aient leur mot à dire au sujet de la discipline.
- 25. J'aimerais que nous fassions des choses seulement en famille, juste entre nous.
- 26. J'aimerais que plusieurs personnes partagent le rôle de chef dans notre famille.
- 27. J'aimerais que les membres de notre famille se sentent plus proches les uns des autres que des personnes extérieures à notre famille.
- 28. J'aimerais que notre famille soit souple dans sa façon d'accomplir les tâches quotidiennes.
- 29. J'aimerais que les membres de notre famille passent du temps libre ensemble.
- 30. J'aimerais que les parents et les enfants de notre famille discutent des punitions ensemble.
- 31. J'aimerais que les membres de notre famille se sentent très proches les uns des autres.
- 32. J'aimerais que ce soit les enfants qui prennent les décisions dans notre famille.
- 33. J'aimerais que, lorsque notre famille se réunit pour faire quelque chose, tout le monde soit là.
- 34. J'aimerais que les règles puissent changer dans notre famille.
- 35. J'aimerais que nous trouvions facilement des choses à faire ensemble, en famille.
- 36. J'aimerais que nous prenions à tour de rôle la responsabilité des tâches ménagères.
- 37. J'aimerais que nous nous consultations les uns les autres avant de prendre une décision.
- 38. J'aimerais que nous sachions qui est le chef dans notre famille.
- 39. J'aimerais qu'il soit très important pour nous d'être une famille unie.
- 40. J'aimerais que nous sachions qui fait quelle tâche ménagère dans notre famille.

Annexe 8 : Guide d'entretien familial centré sur les ressources de la famille (Echevarria-Doan, 2001)

1. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit si je vous demande de parler des ressources et des compétences qui sont uniques à votre famille ?
2. Dites-moi comment ces ressources vous ont aidé en tant que famille dans les moments difficiles.
3. Racontez-moi vos meilleurs souvenirs familiaux (les plus sympathiques, agréables, positifs).
4. Parlez-moi d'une difficulté que la famille a surmontée, et expliquez-moi comment la famille s'y est prise.
5. Parlez-moi de moments / événements de réussite familiale importants pour vous.
6. Parlez-moi de moments où vous vous êtes sentis très proches les uns des autres.
7. Si vous deviez utiliser 3 mots, des adjectifs pour décrire votre famille, quels mots emploieriez-vous ?

Titre du Mémoire : L'accompagnement familial au regard de l'approche systémique dans les troubles des sélectivités alimentaires.

RESUME

Si le repas a une fonction nutritionnelle, il est également un moment d'échanges et d'apprentissages au sein de la famille. Lorsqu'un de ses membres présente des troubles de la sélectivité alimentaire, ce repas est impacté et bouleversé pour tous. Actuellement sa prise en soin se concentre sur le patient et l'accompagnement parental. Il semble donc nécessaire que les thérapeutes portent leur attention sur la niche écologique. Cette notion est abordée sous le regard global de l'approche systémique qui considère l'individu au cœur d'un environnement donné et permet d'engager des changements pour résoudre des aléas. Un questionnaire envoyé aux différents rééducateurs, a relevé que les professionnels souhaitent avoir une représentation globale de la structure familiale, ceci à travers leur anamnèse. Cependant, ils rapportent leurs difficultés à transférer les acquis de séances au domicile. Une modélisation d'outils systémiques a donc été proposée permettant d'induire des changements et transferts dans le quotidien des familles.

MOTS-CLES

Accompagnement familial - Approche systémique - Sélectivité alimentaire

ABSTRACT

Whilst a mealtime has a nutritional function, it is also a time for communicating and learning within the family. When one of its members has a food selectivity disorder, the mealtime is adversely affected for all. Currently, intervention for feeding disorders focuses on the child and on parental support. It therefore seems necessary for therapists to broaden their focus to the extended family. This notion is analysed under the umbrella of a systemic approach, which considers the individual at the heart of a given environment, and enables change in order to resolve destabilising events. A questionnaire was sent to clinicians. It was noted that the professionals seek to gain a global understanding of the family structure, by taking a case history. However, they report having difficulty in enabling the generalisation of skills from the clinic setting to the child's home. A series of systemic tools was therefore proposed, in order to enable change and the transfer of skills to the everyday life of the family.

KEY WORDS

Family support – Feeding disorder/food selectivity - Systemic approach