

ANNEXES

DU MEMOIRE

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

Coline BEAUVOIS

**Évaluation d'un Programme d'Intervention en
Orthophonie adapté au domaine de l'oralité sous
forme de groupes thérapeutiques de parents
Travail préparatoire et cadre méthodologique**

MEMOIRE dirigé par
Audrey LECOUFLE, Orthophoniste, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille

Lille – 2019

Annexe 1 : Critères diagnostiques proposés pour le Trouble Alimentaire Pédiatrique (d'après Goday & al., 2019)

TABLE 1. Proposed diagnostic criteria for pediatric feeding disorder

- | |
|---|
| <p>A. A disturbance in oral intake of nutrients, inappropriate for age, lasting at least 2 weeks and associated with 1 or more of the following :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Medical dysfunction, as evidenced by any of the following :<ol style="list-style-type: none">a. Cardiorespiratory compromise during oral feedingb. Aspiration or recurrent aspiration pneumonitis2. Nutritional dysfunction, as evidenced by any of the following :<ol style="list-style-type: none">a. Malnutritionb. Specific nutrient deficiency or significantly restricted intake of one or more nutrients resulting from decreased dietary diversityc. Reliance on enteral feeds or oral supplements to sustain nutrition and/or hydration3. Feeding skill dysfunction, as evidenced by any of the following :<ol style="list-style-type: none">a. Need for texture modification of liquid or foodb. Use of modified feeding position or equipmentc. Use of modified feeding strategies4. Psychosocial dysfunction, as evidenced by any of the following :<ol style="list-style-type: none">a. Active or passive avoidance behaviors by child when feeding or being fedb. Inappropriate caregiver management of child's feeding and/or nutrition needsc. Disruption of social functioning within a feeding contextd. Disruption of caregiver-child relationship associated with feeding <p>B. Absence of the cognitive processes consistent with eating disorders and pattern of oral intake is not due to a lack of food or congruent with cultural norms.</p> |
|---|

Annexe 2 : Extrait du dossier CPP

Rationnel scientifique

Les troubles de l'oralité alimentaire, que l'on peut retrouver dans la littérature anglo-saxonne sous l'intitulé de « feeding disorders » renvoient à « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale » (Thibault, 2007, p. 71). Leurs origines sont diverses et souvent plurifactorielles. Ils peuvent se manifester, de façon précoce, entre 0 et 3 ans (Boudou & Lecoufle, 2015), par des comportements de refus, d'opposition ou d'évitement de l'alimentation et des situations d'alimentation. Guillaume (2014) constate que ces manifestations varient en fonction de l'âge de l'enfant, de son développement cognitif et de ses capacités motrices. En effet, chez le nourrisson on peut observer lors de la tétée une agitation importante, des pleurs, des nausées, des vomissements ainsi qu'une position en hyper-extension. Il est également possible qu'il ne tète pas assez ou qu'il s'endorme pendant la tétée. A partir de 6 mois, avec l'émergence de l'intentionnalité, on observe un refus plus actif : l'enfant ferme les lèvres, détourne la tête à l'approche de la cuillère, repousse ou recrache les aliments. Ces enfants peuvent également chercher à éviter les situations d'alimentation en ne manifestant pas leur faim, en essayant de détourner l'attention ou en s'endormant au cours du repas.

Par ailleurs, on retrouve très souvent chez ces enfants une hyper-réactivité d'un ou de plusieurs canaux sensoriels pouvant entraîner des aversions olfactives, visuelles et/ou tactiles au niveau de la sphère oro-faciale mais aussi du corps dans sa globalité (Guillaume, 2014). Cette hyper-réactivité sensorielle peut se manifester par des nausées ou vomissements au contact de certaines textures, odeurs voire à la simple vue de certains aliments (ou objets). En réaction à ces expériences négatives, l'enfant peut développer un évitement de toutes les situations d'exploration orale et corporelle indispensables à sa découverte du monde (Boudou & Lecoufle, 2015). Or, celles-ci sont également essentielles à la mise en place du processus de désensibilisation et d'habituation permettant à l'enfant d'intégrer et d'accepter les stimuli sensoriels perçus au quotidien (Barbier, 2014). En conséquence, le manque d'habituation et de désensibilisation sensorielles risque de renforcer l'hyper-réactivité de l'enfant, l'inscrivant alors dans un cercle vicieux.

Au-delà des préoccupations concernant la croissance, la santé et le bien-être de l'enfant, les enjeux de l'oralité sont également d'ordre social et familial. Levavasseur (2017) identifie deux boucles sensorielles dans la lecture des troubles de l'oralité alimentaire. La première boucle sensorielle, dite primaire, se développe autour d'une situation prédisposante à des difficultés alimentaires (difficultés sensorielles, motrices, digestives, etc.) impactant le bon déroulement des repas. L'enfant va alors intégrer ces schémas négatifs à répétition et des comportements de refus ou d'évitement vont venir s'installer lors des repas. Les parents, démunis et souvent empreints de culpabilité face aux difficultés de leur enfant, vont alors mettre en place des comportements « réponses » pas toujours ajustés, tels que des tentatives de diversion de l'attention, du chantage ou encore du forçage alimentaire. Ces mécanismes vont constituer de nouvelles expériences négatives qui vont venir renforcer et ancrer les précédentes perceptions négatives de l'enfant autour du temps de repas et de l'alimentation : c'est la boucle secondaire. Les repas ne seront alors plus sources de partage et d'échanges mais le lieu de tensions relationnelles qui pèseront sur l'ensemble de la famille. Les enjeux résident donc dans

une prise en soin la plus précoce possible afin d'intervenir auprès des parents et ainsi de prévenir et limiter la mise en place de cette boucle secondaire.

Cette intervention précoce centrée sur la famille, forme d'intervention indirecte, a été l'objet de la création de programmes d'intervention il y a une quarantaine d'années au Canada. Leur application dans le domaine orthophonique s'est concrétisée par l'émergence de programmes d'intervention en orthophonie au sein de structures parmi lesquelles le centre Hanen, basé à Toronto. D'un point de vue théorique, les Programmes du Centre Hanen reposent sur différents modèles et principes :

- l'approche socio-interactionniste, qui s'intéresse au développement langagier, considère que celui-ci est conditionné par les interactions sociales entre l'enfant et ses partenaires de communication (Bernicot & Bert-Erboul, 2014)

- le modèle écologique, élaboré en 1979 par Bronfenbrenner, considère que l'environnement, au sens large, influence de façon complexe le développement de l'enfant et réciproquement. (Absil, Vandoorne, & Demarteau, 2012)

- le principe d'intervention indirecte qui postule qu'une action sur un individu peut être réalisée par le biais d'un intermédiaire. Les parents étant les acteurs les plus présents dans la vie de l'enfant, ils sont les plus à même d'avoir un impact positif sur sa rééducation et deviennent alors garants du processus de généralisation des situations favorables à l'enfant (Girolametto, 2000).

- la notion d'empowerment, apparue à l'issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, au sein de la Charte d'Ottawa (Organisation Mondiale de la Santé, 1986), vise à donner à l'individu le pouvoir d'agir sur sa santé. Cette perspective d'intervention fait référence au fait de mobiliser les ressources des parents en misant sur leurs forces et leurs capacités tout en les encourageant et en les soutenant dans la prise de décisions concernant le développement de leur enfant (St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul, & Archambault, 2003).

A ce jour, les programmes d'intervention indirecte sous forme de groupes de parents développés par le centre Hanen concernent principalement les troubles du langage oral, les troubles du spectre autistique et les difficultés d'apprentissage. L'un de ces programmes, concernant le langage oral, a fait l'objet d'évaluations pré et post-test qui ont mis en évidence des changements statistiquement significatifs dans les attitudes parentales, et prouvé une efficacité pour les enfants ayant un retard de vocabulaire expressif. L'intérêt d'un modèle thérapeutique indirect par entraînement parental semble donc confirmé (Girolametto, 2000).

Cette modalité de prise en charge a été importée récemment en Europe. Et l'accompagnement parental fait aujourd'hui en France l'objet d'une recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour ce qui concerne le langage oral (Durocher, 2001). Malgré cela, les interventions précoces intégrant les parents restent encore limitées dans notre pays, et quasi-inexistantes dans le domaine de l'oralité alimentaire. Or, ce type de programme peut s'avérer particulièrement intéressant dans le domaine de l'oralité, et ce pour différentes raisons. Tout d'abord parce qu'il constitue une réponse à un objectif d'intervention précoce. Mais aussi parce qu'il propose une forme d'accompagnement familial via une intervention indirecte, qui s'avère fortement indiquée, comme nous avons pu le voir, dans la prise en soin des troubles de l'oralité impactant l'ensemble de la sphère familiale. Par ailleurs, il repose sur une transmission de savoirs et de savoir-faire au patient et à son entourage, s'inscrivant dans un objectif

d'éducation à la Santé et permettant d'offrir au patient et à ses aidants les compétences pour gérer au mieux les répercussions de leurs troubles. Enfin, ces programmes s'appuient sur des techniques d'intervention dites « naturalistes » qui se construisent selon la survenue d'évènements spontanés et sont donc particulièrement indiquées pour favoriser une meilleure gestion des vulnérabilités dans un contexte de vie quotidienne.

Il nous a donc semblé intéressant de créer une adaptation de ce type de programme au domaine de l'oralité sous la forme de groupes thérapeutiques de parents. L'objectif principal que nous poursuivons à travers celui-ci est de réduire les effets des troubles de l'oralité des enfants concernés, en fournissant à leurs parents les compétences et outils nécessaires pour les accompagner au quotidien. Pour cela, nous ferons en sorte de :

- Rendre les parents acteurs en utilisant le mode du questionnement et en leur faisant expérimenter eux-mêmes des situations réelles liées à l'oralité
- Leur permettre ainsi de mieux comprendre l'oralité, ses enjeux
- Les aider à identifier ce qu'ils peuvent mettre en place avec leur enfant, à s'approprier ce que nous allons leur proposer, afin qu'ils puissent le décliner au quotidien.

Le programme se compose de cinq à six sessions, d'une durée d'environ une heure et demie chacune. Celles-ci se dérouleront à raison d'une session toutes les deux semaines. Ce rythme permettra aux parents d'appliquer à la maison les éléments abordés au cours de la dernière session, tout en gardant en tête l'objectif général poursuivi et les thématiques précédemment abordées.

Dans le souci de justifier la mise en place d'une nouvelle approche thérapeutique en orthophonie, nous souhaitons évaluer ce programme afin de prouver scientifiquement son efficacité et son intérêt pour les patients et leur entourage.

L'évaluation et la mise en place de ce programme d'intervention ont été pensées dans un cadre précis : celui de l'hôpital Jeanne de Flandre, à Lille, où des groupes thérapeutiques « oralité » sont déjà organisés chaque mois pour des patients, âgés de 3 à 6 ans, présentant des troubles de l'oralité alimentaire. Ces groupes visent à compléter une prise en soin individuelle en libéral, à la demande du professionnel. Nous souhaitons donc mener et évaluer notre programme auprès de parents d'enfants âgés de 3 à 6 ans et présentant des troubles de l'oralité alimentaire. Afin de mettre en évidence les effets du programme, nous avons choisi de constituer deux groupes :

- Un groupe expérimental : celui qui recevra le traitement complet « Groupe oralité avec PRIO », c'est-à-dire que les parents bénéficieront du PRIO et les enfants du groupe oralité.
- Un groupe témoin : celui qui recevra le traitement « Groupe oralité », c'est-à-dire dont les enfants participeront également au groupe « oralité », sans que leurs parents soient intégrés à notre programme d'intervention.

Afin d'éviter les biais d'attribution du « traitement » et de favoriser la comparabilité des groupes, la répartition des individus sera réalisée de façon randomisée et nous prêterons une attention particulière à l'appariement des deux populations (groupe expérimental et groupe témoin) via le contrôle d'un certain nombre de variables.

Annexe 3 : Extrait de la lettre d'intention au P.H.R.I.P.

Lettre d'intention version française

INFORMATIONS GENERALES

Titre du projet : Programme d'intervention indirecte en orthophonie adapté au domaine de l'oralité, sous forme de groupes thérapeutiques de parents.

Domaine de Recherche : Troubles de l'oralité alimentaire

Rationnel (contexte et hypothèses)

[max. 320 mots]

Les troubles de l'oralité alimentaire (TOA) renvoient à « l'ensemble des difficultés de l'alimentation par voie orale » (Thibault, 2007, p. 71). Ils peuvent se manifester, de façon précoce (entre 0 et 3 ans), par une absence de comportement spontané d'alimentation ou par un refus d'alimentation (Boudou & Lecoufle, 2015). Les TOA occupent aujourd'hui une place centrale dans le champ d'intervention des orthophonistes. En effet, la prise en soin de ces troubles est essentielle afin d'accompagner le développement alimentaire de l'enfant en tenant compte de ses vulnérabilités. Les possibles retentissements de ces troubles sur sa santé, sa croissance, sa sensorialité, mais aussi sa vie familiale et sociale (Levavasseur, 2017) confirment la nécessité d'une prise en soin précoce.

Il arrive, dans certains cas, que les parents, démunis face aux difficultés d'alimentation de leur enfant, mettent en place des comportements « réponses » parfois inadaptés tels que du chantage ou un forçage alimentaire. Ces attitudes peuvent être vécues comme de nouvelles expériences négatives par l'enfant qui, en réaction, risque de développer des comportements d'opposition (Levavasseur, 2017). Le repas, devenu un lieu de relations conflictuelles, s'inscrit alors dans un contexte non propice aux propositions alimentaires ajustées au développement d'une oralité harmonieuse.

Afin de répondre aux besoins de l'enfant et de ses parents en demande d'aide, deux éléments sont essentiels dans la prise en soin orthophonique des troubles de l'oralité alimentaire, les soins apportés à l'enfant en thérapie directe et l'accompagnement des parents en thérapie indirecte. En effet, la prise en soin devant se faire le plus précocement possible, il est essentiel d'intégrer pleinement les parents en tant qu'acteurs privilégiés de la thérapie de leur enfant tout en les rassurant dans leurs compétences.

Nous pensons qu'un programme d'intervention basé sur l'accompagnement parental pourrait être bénéfique à ces enfants.

Originalité et Caractère Innovant

[max. 160 mots]

Notre programme s'inspire des Programmes d'Intervention en Orthophonie (PRIO) développés, depuis une quarantaine d'années, au sein de structures telles que Hanen (Toronto), et destinés principalement aux parents d'enfants présentant des troubles du langage oral, des troubles du spectre autistique et des difficultés d'apprentissage (The Hanen Centre, 2016). Dans

ce type de programme, s'appuyant notamment sur la notion d'empowerment, une large place est accordée aux échanges et aux mises en pratique, et l'utilisation d'outils co-construits y est privilégiée. Il n'en existe pas, à l'heure actuelle, s'appliquant au domaine de l'oralité alimentaire. Nous avons donc travaillé à l'adaptation d'un programme d'intervention indirecte en orthophonie pour la prise en soin précoce des troubles de l'oralité alimentaire sous la forme de groupes thérapeutiques de parents. En effet, dans le domaine de l'oralité, ce type de programme peut s'avérer particulièrement intéressant car il présente l'avantage de répondre à un triple objectif d'intervention précoce, d'accompagnement familial et d'éducation à la santé.

Objet de la Recherche : Intervention indirecte (groupes thérapeutiques)

Mots Clés [5] : Accompagnement parental – Intervention indirecte – Intervention précoce – Troubles de l'oralité alimentaire – Programme d'intervention en orthophonie

Objectif Principal : réduire les effets des troubles de l'oralité des enfants concernés, en fournissant à leurs parents les compétences et outils nécessaires pour les accompagner au quotidien.

Objectifs Secondaires

- Améliorer les stratégies alimentaires mises en place par les parents
- Améliorer le sentiment de compétence parentale en lien avec l'alimentation de l'enfant
- Réduire les répercussions des troubles de l'oralité alimentaire sur la vie sociale et familiale de l'enfant et de ses parents
- Diminuer les troubles de l'oralité de l'enfant (effets indirects du programme).

Critère d'évaluation principal (en lien avec l'objectif principal)

A définir

Critères d'évaluation secondaires (en lien avec les objectifs secondaires)

- Mesurer l'évolution des troubles de l'oralité alimentaire de l'enfant (effets indirects du programme) :
 - Augmentation des quantités mangées
 - Diversification des aliments mangés
 - Diversification des textures mangées
 - Amélioration du comportement pendant les repas
- Mesurer l'évolution des répercussions des troubles de l'oralité alimentaire sur la vie sociale et familiale de l'enfant et de ses parents :
 - Capacité de l'enfant à manger dans un autre contexte que celui de la maison (ex. à la cantine, chez des copains, au restaurant, etc.)
 - Amélioration de la qualité des temps de repas
 - Diminution des conflits familiaux autour de l'alimentation de l'enfant, etc.
- Mesurer l'évolution des stratégies alimentaires mises en place par les parents :
 - Compréhension des difficultés de leur enfant
 - Augmentation des activités d'exploration sensorielle autour de l'alimentation (ex. cuisiner ensemble)
 - Ajustement des propositions alimentaires aux besoins et ressources de l'enfant
 - Diminution des comportements « réponses » inadaptés (ex. forçage ou chantage), etc.

- Mesurer l'évolution du sentiment de compétence parentale en lien avec l'alimentation : à définir.

Population d'étude *Principaux critères d'inclusion et de non inclusion*

Enfants pour qui le diagnostic de troubles de l'oralité alimentaire a été posé + leurs parents

Critères d'inclusion : enfants avec diagnostic de TOA

→ Avec une autre pathologie (ex. hémato, pneumo, cardio) = enfants de l'hôpital

→ Sans autre pathologie associée = enfants suivis uniquement en libéral

Critères d'exclusion : enfant présentant des troubles organiques (ORL ou digestif) ou moteurs

Plan expérimental : Etude contrôlée randomisée

Si groupe comparateur :

Groupe expérimental [*préciser max 48 mots*] : les sujets de ce groupe recevront le traitement complet « Groupe oralité avec PRIO », c'est-à-dire que les parents bénéficieront de notre programme d'intervention indirecte et les enfants du groupe oralité.

Groupe contrôle [*préciser max 48 mots*] : les sujets de ce groupe recevront le traitement « Groupe oralité », c'est-à-dire dont les enfants participeront également au groupe « oralité », sans que leurs parents soient intégrés à notre programme d'intervention.

Annexe 4 : Questionnaire post-session type

Questionnaire parental

Session 1 : Que se passe-t-il quand on mange ?

1. NOM Prénom

2. Le vocabulaire utilisé au cours de cette session vous a-t-il semblé facilement compréhensible ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Complètement

3. Quels sont les termes qui vous ont semblé compliqués ?

4. Les informations apportées au cours de cette session vous paraissent-elles claires ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Complètement

5. Les formulations utilisées au cours de cette session vous ont-elles semblé accessibles ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Complètement

6. Les objectifs de la session vous ont-ils été présentés de façon claire ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Complètement

7. Avez-vous l'impression d'avoir acquis de nouvelles connaissances au cours de cette session ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7

Pas du tout Complètement

8. Le thème de cette session vous semble-t-il en lien avec votre problématique actuelle ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Complètement						

9. Vous êtes-vous senti(e) à l'aise au sein du groupe ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Complètement						

10. Avez-vous pu participer comme vous le souhaitiez ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Complètement						

11. Cette session a-t-elle facilité votre compréhension du fonctionnement des mécanismes en jeu lors de l'alimentation ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Complètement						

12. Votre mission du mois vous paraît-elle claire ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Complètement						

13. De façon générale, comment avez-vous trouvé cet atelier ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout satisfaisant	<input type="radio"/>	Très satisfaisant						

14. Avez-vous encore des questions au sujet du contenu de cette 1ère session ? Si oui, lesquelles ?

15. Avez-vous des commentaires ou suggestions à apporter afin d'améliorer cette session ?

Annexe 5 : Questionnaire final

Questionnaire parental final

1. Nom Prénom :

2. Avez-vous apprécié participer à ces sessions?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Complètement						

3. Ces sessions ont-elles présenté un intérêt pour vous ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Complètement						

4. Si oui, pourquoi ? Que vous ont-elles apporté ?

5. Concernant l'organisation de ces sessions :

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
La durée des sessions vous a semblé adaptée.	<input type="radio"/>						
Le nombre de sessions vous a semblé adapté.	<input type="radio"/>						
La durée de l'intervalle entre chaque session vous a semblé adaptée.	<input type="radio"/>						
Les activités et mises en situation proposées vous ont semblé adaptées.	<input type="radio"/>						
Les échanges avec les autres parents au cours de ces sessions vous ont semblé adaptés.	<input type="radio"/>						
Le lieu dans lequel se sont déroulées ces sessions vous a semblé adapté.	<input type="radio"/>						
Le matériel utilisé au cours de ces sessions vous a semblé adapté.	<input type="radio"/>						
Les documents distribués au cours de ces sessions vous ont semblé adaptés.	<input type="radio"/>						

6. Comment pourrions-nous améliorer ce programme d'accompagnement parental ?

7. Y a-t-il des sujets que auriez souhaité aborder au cours d'une de ces sessions ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. Si oui, lesquels ?

9. Quelle(s) session(s) vous a/ont paru la/les plus adaptée(s) à votre problématique ?

Plusieurs réponses possibles.

- Session 1 : Que se passe-t-il quand on mange ?
 Session 2 : Les stratégies alimentaires en réponse aux troubles de l'oralité
 Session 3 : Quand manger rime avec convivialité
 Session 4 : Bien s'installer pour bien manger
 Session 5 : L'importance du visuel dans l'alimentation
 Session 6 : J'entraîne les sens de mon enfant : les sollicitations olfactives et tactiles

10. Pourquoi ?

11. Pour vous, quels seraient les critères d'amélioration de l'alimentation de votre enfant ?

Plusieurs réponses possibles.

- Augmentation du nombre de bouchées mangées
 Diversification des textures mangées
 Diversification des aliments mangés
 Autre : _____

12. Avez-vous d'autres suggestions par rapport à cette proposition d'accompagnement parental autour de l'oralité alimentaire ?

Annexe 6 : Echelle d'alimentation - HME



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre
L'Hôpital de Montréal pour enfants - Programme pédiatrique d'alimentation

Échelle d'alimentation-HME

(POUR LES ENFANTS : 6 MOIS-6 ANS)

Date : _____

Nom de l'enfant : _____

ENCERCLEZ le chiffre le plus approprié. Veuillez bien lire chaque question puisque la signification des chiffres peut varier d'une question à l'autre. Merci

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|
| 1. Comment trouvez-vous les repas avec votre enfant? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Très difficiles</i> | | | | | | <i>Faciles</i> |
| 2. Êtes-vous inquiète au sujet de l'alimentation de votre enfant? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Pas inquiète</i> | | | | | | <i>Très inquiète</i> |
| 3. Dans quelle mesure votre enfant a-t-il de l'appétit (a-t-il faim)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Aucun appétit</i> | | | | | | <i>Bon appétit</i> |
| 4. Au cours des repas, à quel moment votre enfant commence-t-il à refuser de manger ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Au début</i> | | | | | | <i>À la fin</i> |
| 5. Combien de temps, en minutes, dure un repas pour votre enfant? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>1-10</i> | <i>11-20</i> | <i>21-30</i> | <i>31-40</i> | <i>41-50</i> | <i>51-60</i> | <i>> 60 Mins</i> |
| 6. Au cours des repas, comment votre enfant se comporte-t-il? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Se comporte bien</i> | | | | | | <i>Se comporte mal ou fait des crises</i> |
| 7. Votre enfant a-t-il des haut-le-cœur, crache-t-il ou vomit-il lorsqu'il mange certaines catégories d'aliments? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Jamais</i> | | | | | | <i>La plupart du temps</i> |
| 8. Votre enfant garde-t-il des aliments dans sa bouche sans les avaler? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>La plupart du temps</i> | | | | | | <i>Jamais</i> |
| 9. Devez-vous suivre votre enfant ou le distraire (par ex., jouets, télévision) pour le faire manger? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Jamais</i> | | | | | | <i>La plupart du temps</i> |
| 10. Devez-vous forcer votre enfant pour le faire manger ou boire? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>La plupart du temps</i> | | | | | | <i>Jamais</i> |
| 11. Comment est la mastication (ou la succion) de votre enfant? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Bien</i> | | | | | | <i>Très mal</i> |
| 12. Que pensez-vous de la croissance de votre enfant? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Croissance inappropriée</i> | | | | | | <i>Grandit bien</i> |
| 13. Comment l'alimentation de votre enfant influence-t-elle la relation que vous avez avec elle/lui? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>De façon très négative</i> | | | | | | <i>Pas du tout</i> |
| 14. Comment l'alimentation de votre enfant influence-t-elle les relations familiales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | <i>Pas du tout</i> | | | | | | <i>De façon très négative</i> |

Annexe 7 : Caregiver's Feeding Style Questionnaire (CSFQ)

These questions deal with YOUR interactions with your preschool child during the dinner meal. Circle the best answer that describes how often these things happen. If you are not certain, make your best guess.

How often during the dinner meal do YOU

1. Physically struggle with the child to get him or her to eat (for example, physically putting the child in the chair so he or she will eat).
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
2. Promise the child something other than food if he or she eats (for example, "if you eat your beans, we can play ball after dinner").
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
3. Encourage the child to eat by arranging the food to make it more interesting (for example, making smiley faces on the pancakes).
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
4. Ask the child questions about the food during dinner.
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
5. Tell the child to eat at least a little bit of food on his or her plate.
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
6. Reason with the child to get him or her to eat (for example, "Milk is good for your health because it will make you strong").
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
7. Say something to show your disapproval of the child for not eating dinner.
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
8. Allow the child to choose the foods he or she wants to eat for dinner from foods already prepared.
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
9. Compliment the child for eating food (for example, "What a good boy! You're eating your beans").
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
10. Suggest to the child that he or she eats dinner, for example by saying "your dinner is getting cold".
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always

11. Say to the child “Hurry up and eat your food”.
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
12. Warn the child that you will take away something other than food if he or she doesn’t eat (for example, “If you don’t finish your meat, there will be no play time after dinner”).
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
13. Tell the child to eat something on the plate (for example, “Eat your beans”).
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
14. Warn the child that you will take a food away if the child doesn’t eat (for example, “If you don’t finish your vegetables, you won’t get fruit”).
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
15. Say something positive about the food the child is eating during dinner.
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
16. Spoon-feed the child to get him or her to eat dinner.
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
17. Help the child to eat dinner (for example, cutting the food into smaller pieces).
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
18. Encourage the child to eat something by using food as a reward (for example, “If you finish your vegetables, you will get some fruit”).
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always
19. Beg the child to eat dinner.
1 = Never 2 = Rarely 3 = Sometimes 4 = Most of the time 5 = Always