

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



 **Université  
de Lille**

  
**ufr35** faculté  
de médecine

# MÉMOIRE

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

**Marie REDOUANI**

soutenu publiquement en juin 2023

**La néophobie alimentaire chez l'enfant**  
**Diagnostic différentiel des troubles alimentaires pédiatriques et**  
**décision thérapeutique à l'issue du bilan par les orthophonistes**

MÉMOIRE dirigé par :

**Émilie CNUdde-DRAPIER**, diététicienne, Centre Paul Boulanger, Lille

**Léa QASSEMYAR**, orthophoniste

Lille – 2023

# Remerciements

Je tiens à remercier mes deux directrices de mémoire, Léa Qassemyar et Emilie Cnudde-Drapier, pour leur accompagnement tout au long de ce travail enrichissant. Merci pour votre disponibilité, votre bienveillance. De même, je remercie les membres du jury pour le temps consacré à la lecture de ce mémoire.

Je suis également vivement reconnaissante envers tous les orthophonistes ayant participé à cette étude. Un remerciement particulier à mes maîtres de stage de dernière année, qui m'ont apporté leur aide, et qui m'ont permis de m'épanouir dans ce fabuleux métier. Ma pratique professionnelle sera grandement inspirée de tout ce que j'ai pu découvrir à vos côtés.

Enfin, à titre personnel, j'éprouve une profonde gratitude envers mon compagnon, Anthony, pour son soutien inconditionnel durant ces études. Je remercie également ma famille pour leur confiance en mes capacités et mes amis, qui sont devenus des membres à part entière de ma famille.

## **Résumé :**

Depuis 2018, les orthophonistes sont en mesure de réaliser des « bilans des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité ». Tout comme dans leurs autres champs d'intervention, la question du diagnostic différentiel entre trouble et difficultés développementales se pose. Or, de nombreux signes cliniques peuvent être retrouvés aussi bien dans les troubles alimentaires pédiatriques (TAP) que dans la néophobie alimentaire, qui est la peur de manger des aliments inconnus survenant de manière fréquente dans le développement de l'enfant. Un questionnaire auto-administré a alors été proposé aux orthophonistes pour comprendre leurs connaissances par rapport à cette problématique et la façon dont ils envisagent la prise en charge de la néophobie. Les 106 réponses collectées ont montré qu'ils ne se sentent pas très à l'aise pour différencier la néophobie alimentaire des TAP, bien que les critères fortement associés aux TAP (comme les difficultés médicales) et la définition de néophobie soient connus. Toutefois, ces professionnels se considèrent être un acteur important dans l'accompagnement des familles dont un de leur enfant est touché par la néophobie, pour l'évaluation et la prise en charge indirecte majoritairement, par le biais de conseils. Ils évoquent toutefois la possibilité d'une association entre néophobie et TAP, qui complexifie le soin. Des recommandations de pratique clinique intéresseraient alors les sondés. De même, des actions préventives s'avèreraient nécessaires auprès des professionnels de santé et de l'enfance, qui orientent les familles.

## **Mots-clés :**

Orthophonie, néophobie alimentaire, troubles alimentaires pédiatriques, questionnaire

## **Abstract :**

Since 2018, speech-language pathologists have been able to intervene in the field of oro-myo-facial functions and orality. As in their other fields of intervention, the question of diagnosis between disorder and developmental difficulties arises. However, many clinical signs can be found both in pediatric feeding disorders (PFD) and in food neophobia, which is the fear of eating unfamiliar foods that occurs frequently in children's development. A self-administered survey was then offered to speech-language pathologists to understand their knowledge of this issue and how they consider the management of neophobia. The 106 responses collected showed that they are not very comfortable differentiating food neophobia from PFD, although the criterias strongly associated with PFD (such as medical problems) and the definition of neophobia are well-known. Nevertheless, these professionals consider themselves to be an important actor in the support of families whose child is affected by neophobia, mostly for exam and indirect care, through pieces of advice. However, they mention the possibility of an association between neophobia and PFD, which makes care more complex. The respondents would therefore be interested in clinical practice guidelines. Likewise, preventive actions would be necessary towards health and childcare professionals, who refer families.

## **Keywords :**

Speech therapy, food neophobia, pediatric feeding disorders, survey

# Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. La néophobie alimentaire.....	2
1.1. Définition.....	2
1.2. Comportements observés et conséquences.....	2
1.3. Processus développementaux.....	3
1.4. Déterminants personnels.....	4
1.5. Déterminants environnementaux et socio-économiques.....	5
2. Les troubles affectant l'alimentation.....	6
2.1. Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP).....	6
2.2. Les troubles du comportement alimentaire (TCA).....	7
3. Démarche d'évaluation et diagnostic différentiel.....	8
3.1. Architecture du bilan orthophonique.....	8
3.2. Outils complémentaires.....	8
3.3. Conclusions diagnostiques.....	10
4. Prise en charge de la néophobie alimentaire.....	11
4.1. Décision de prise en charge et professionnels impliqués.....	11
4.2. Contenu des interventions.....	12
4.3. Réalité orthophonique.....	13
4.4. Recommandations de bonnes pratiques orthophoniques.....	13
5. Problématique, hypothèses et buts.....	15
Méthodologie.....	15
1. Procédure générale.....	15
2. Réalisation d'une pré-enquête.....	16
2.1. Construction du guide d'entretien.....	16
2.2. Population et passation des entretiens.....	16
2.3. Méthodologie d'analyse des résultats.....	16
3. Réalisation d'un questionnaire.....	17
3.1. Construction du questionnaire.....	17
3.2. Population et diffusion du questionnaire.....	17
3.3. Méthodologie d'analyse des résultats.....	18
Résultats.....	18
1. Population de l'échantillon.....	18
1.1. Lieu d'exercice.....	18
1.2. Mode d'exercice.....	19
1.3. Lieu de formation.....	19

1.4. Année d'obtention du diplôme .....	19
1.5. Formations initiale et continue(s) dans le domaine de l'oralité.....	20
2. Connaissances théoriques .....	20
2.1. Autoévaluation.....	20
2.2. Conceptualisation des deux entités .....	21
2.3. Organisation de la prise en charge de la néophobie alimentaire.....	22
3. Expérience réelle des orthophonistes .....	23
3.1. Description des orthophonistes ayant été confrontés à cette question.....	23
3.2. Description d'une de leurs expériences .....	23
4. Demande d'information ou de formation supplémentaire .....	25
Discussion .....	26
1. Rappel des objectifs et hypothèses.....	26
2. Interprétation des résultats .....	26
3. Réflexions à propos de l'étude.....	27
3.1. Forces et limites de la méthodologie .....	27
3.2. Examen de l'échantillon .....	28
4. Perspectives et ouverture .....	29
Conclusion .....	30
Bibliographie.....	31
Liste des annexes .....	35
Annexe n°1 : Items du QENA (Rubio et al., 2008).....	A1
Annexe n°2 : Items de l'échelle de rejets alimentaires pour enfants (Rioux et al., 2017).....	A2
Annexe n°3 : Questionnaire proposé aux orthophonistes .....	A3
Annexe n°4 : Signes associés à la néophobie ou au TAP pour l'échantillon .....	A4

# Introduction

L'oralité alimentaire se rapporte à la fonction d'alimentation dévolue à la bouche (Abadie, 2008). Elle prend place in utero et se développe jusqu'à six ans environ : succion au biberon ou au sein, passage à la cuillère et diversification alimentaire puis passage aux morceaux grâce à la mastication en constituent les étapes. Cette progression des aliments et textures proposés est soutenue par le développement neurologique (compétences réflexes jusqu'à six mois précédant le contrôle volontaire) et coïncide avec le développement des compétences psycho-motrices, notamment praxiques et langagières (Thibault, 2015). Les expériences positives se succédant, l'enfant se dirigera progressivement vers une alimentation similaire à celle des adultes.

Néanmoins, ce développement harmonieux peut-être entravé à n'importe quel moment pour des raisons fonctionnelles, sensorielles ou encore psycho-comportementales. Alors, l'alimentation peut ne plus constituer un plaisir, et engendrer des répercussions plus ou moins préoccupantes. De nombreux troubles sont répertoriés aujourd'hui dans la littérature. Pourtant, la terminologie utilisée manque d'unité et les définitions se chevauchent parfois. A titre d'illustration, le refus alimentaire (*food refusal*) est défini comme le refus de l'enfant de manger tout ou partie des aliments présentés et ayant pour effet de ne pas couvrir ses besoins nutritionnels et de le rendre dépendant d'une alimentation artificielle (ex. gastrostomie) (Williams et al., 2010). Or, d'autres auteurs comme Douglas (2002) utilisent ce terme dès lors qu'un refus apparaît sans incidence vitale. Plus récemment, un consensus a été approuvé, sous l'appellation des Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP) (Godard et al., 2019). Le diagnostic d'un tel trouble se doit tout de même d'être justifié puisque d'autres perturbations telles que les troubles du comportement alimentaire ou la néophobie alimentaire, elle, développementale, peuvent constituer un diagnostic différentiel.

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons particulièrement à la différenciation entre la néophobie alimentaire et les TAP. En effet, nous observons un recoupement de certains critères. Cependant, les implications de ces deux notions sont bien différentes en termes de causes et conséquences et ne nécessitent pas la même prise en charge ; seul le TAP relève du champ de la pathologie et requiert un suivi orthophonique. La question que nous nous poserons est la suivante : quel est le rôle des orthophonistes face à la néophobie alimentaire ?

Afin d'y répondre, un questionnaire auto-administré sera diffusé. Il permettra d'entrevoir les connaissances, expériences et ressentis des orthophonistes par rapport au diagnostic différentiel entre néophobie et TAP.

Avant cela, un état des lieux des connaissances sur la néophobie alimentaire, les TAP, leur évaluation et prise en charge sera réalisé. Nous approfondirons ensuite la méthodologie sélectionnée. Enfin, les résultats ayant été recueillis en ligne sur base du volontariat, leur analyse et leur interprétation au regard de la littérature sera opérée.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## 1. La néophobie alimentaire

Après avoir défini la néophobie alimentaire et ses manifestations, nous présenterons les processus développementaux impliqués dans ce comportement ainsi que les facteurs le favorisant.

### 1.1. Définition

Selon certains auteurs, la néophobie alimentaire fait partie intégrante des troubles de la sélectivité alimentaire (*picky/fussy eating*) consistant en une consommation de nourriture de variété réduite par le rejet d'aliments familiers ou inexpérimentés (Białek-Dratwa, 2022 ; Dovey et al., 2008). Il réside tout de même des incertitudes dans la littérature scientifique concernant ce concept de sélectivité (Taylor et al., 2015) : celui-ci inclut parfois la néophobie comme énoncé par Dovey et ses collègues, ou constitue un phénomène comportemental à part entière.

Malgré sa catégorisation difficile, la néophobie en tant que telle est bien définie. Elle concerne particulièrement les denrées n'ayant jamais été consommées. De nombreux auteurs s'accordent à cet égard sur la définition suivante : la néophobie alimentaire est la peur ou réticence personnelle à accepter de goûter ou manger des aliments spécifiquement par leur caractère inconnu (Lafraire et al., 2016 ; Pliner & Hobden, 1992).

Celle-ci est évoquée jusqu'à la dixième à quinzième présentation du nouveau produit (Torres et al., 2020), au-delà de laquelle nous songerons davantage à une sélectivité, le goût ou la texture étant jugés négativement (Rioux, 2020). Cet évitement se manifeste généralement lors des premières expositions, sur la base d'indices visuels et/ou olfactifs, avant de s'estomper.

Enfin, elle est généralement considérée sous l'angle d'un trait de personnalité stable ou d'un état variable. Cet état variable a trait à la volonté de goûter une nourriture non familière au sein d'un contexte précis à un âge donné (Alley, 2018). Les attitudes observables de l'enfant à la présentation de l'aliment se rapportent à cet état de néophobie, « influencé à la fois par l'intensité du trait de néophobie et par des facteurs environnementaux. » (Soulet, 2018, p. 20). Cette distinction peut être conciliée sous la notion de « disposition » (Rioux, 2020).

### 1.2. Comportements observés et conséquences

Ce sont les comportements de peur, visant à éviter ou à retarder la consommation de l'aliment, que nous signalons communément. Ceux-ci peuvent être classés en deux catégories. Tout d'abord, nous citons des conduites d'exploration ou de rejet vis-à-vis de la nourriture en elle-même comme le fait de repousser l'assiette ou la cuillère, détourner la tête, examiner et trier les aliments mélangés, grimacer, mâcher longuement, tourner les aliments avec la fourchette ou encore recracher voire vomir après avoir avalé (Rigal, 2000 ; le cœur net, 2019). Nous distinguons ces derniers des attitudes plutôt dirigées vers les parents : les pleurs ou encore la négociation en font partie (Williams et al., 2010). Associés à ce sentiment phobique, de l'anxiété ou du dégoût se manifestent et forment déjà une expérience négative, à l'instar d'une vraie phobie (Lafraire et al. 2016 ; Maratos & Sharpe, 2018).

Bien sûr, les réactions seront différentes d'un individu à l'autre et dépendront de l'intensité de la néophobie. Celle-ci a été décrite à plusieurs reprises (Hanse, 1994 ; Rubio et al., 2008). Nous pouvons retenir les degrés ou types les plus récents de néophobie suggérés par Rubio et ses collègues. La néophobie flexible concerne les enfants s'autorisant à goûter l'aliment malgré leur réticence

première, celle-ci se rapportant au type 1 de Hanse (1994). La nuance rigide désigne les enfants présentant une forte néophobie contre laquelle les parents doivent faire pression (type 2 dans la classification de Hanse). Enfin, le degré fort ou pathologique correspond à un ajout de Rubio et ses collègues par rapport à la classification de 1994 ; celui-ci qualifie les enfants refusant catégoriquement de goûter un aliment. Nous faisons abstraction de la néophobie de type 3 évoquée par Hanse car elle réfère à une hyper-sélectivité alimentaire, sur des aliments familiers.

Une néophobie forte et se prolongeant dans le temps peut impacter le système familial et augmenter les risques sur la santé. De prime abord, les réactions parentales à ces manifestations peuvent compliquer d'autant plus le temps de repas (ex. forçage, chantage). Cela engendre du stress aussi bien du côté des parents que de l'enfant et renforce les expériences négatives, avant même de goûter un aliment. Ceci constitue un cercle vicieux comme l'expliquent Lafraire et ses collègues (2016). A plus long terme, la moindre variété du régime alimentaire, surtout composé de sucres et de gras, peut bouleverser le développement physique et cognitif ainsi que le système immunitaire et favoriser des pathologies chroniques non transmissibles (Appleton et al., 2016 ; Torres et al., 2020). Nous pouvons citer des carences (vitamine E, folate, calcium, zinc et fibres), le surpoids voire l'obésité, le diabète ou encore certains types de cancer pour lesquels une alimentation méditerranéenne serait un facteur protecteur (Dovey et al., 2008 ; Rubio et al., 2008). Malgré tout, s'accorder sur le seuil à partir duquel la santé est affectée par la néophobie est impératif (Rabadán & Bernabéu, 2021).

Toutefois, cette néophobie pathologique et cette hyper-sélectivité ne seront pas abordées en profondeur dans ce mémoire. Pour cause, celles-ci ne constituent pas une étape du développement comme nous le verrons ensuite. Elles sont analysées comme des troubles, notamment en raison de leurs répercussions nutritionnelles importantes (Zimmerman & Fisher, 2017).

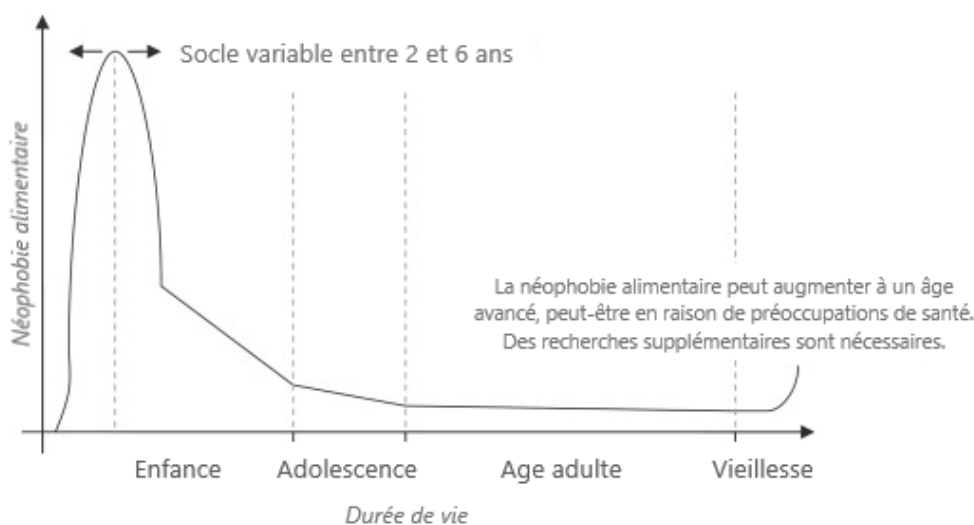
### **1.3. Processus développementaux**

La néophobie constitue bien souvent un comportement alimentaire normal révélateur d'une période développementale. Effectivement, elle est considérée comme très fréquente puisque 3/4 des enfants de deux à dix ans environ traverseraient cette phase (Centre de référence en alimentation à la petite enfance, 2013, paragr. 3). Cela dit, à notre connaissance, aucun consensus sur sa prévalence exacte n'est établi dans la littérature. Les relevés de Soulet (2018) sur 432 enfants mettent en évidence 57% de néophobie de 3 à 6 mois, 28% de 7 à 12 mois, 100% de 31 à 36 mois puis une stabilisation et diminution jusqu'à 78% des 55 à 60 mois, en sachant qu'elle était majoritairement de type flexible dans chaque sous-groupe. Par ailleurs, nous retrouvons une prévalence globale de 77% de la population (Hanse, 1994). Mais, même au-delà des résultats chiffrés, les tendances évolutives diffèrent : Stifter et Moding (2015) exposent une augmentation de six à douze mois tandis que Hanse (1994) suggère une augmentation entre deux et sept ans et Guillon-Invernizzi et al. (2020) retracent un pic entre quatre et sept ans.

Malgré tout, le modèle de Dovey et al. (2008) semble se dégager : l'état de néophobie atteint un pic entre deux et six ans puis semble décroître avec l'âge jusqu'à se stabiliser à l'adolescence ou à l'âge adulte (cf. figure 1). L'état de néophobie alimentaire est effectivement âge-dépendant. Sa sévérité est faible avant 2 ans, ainsi une seule exposition à un aliment nouveau suffit pour l'accepter au cours de la première année de vie. Puis après un sommet vers deux voire trois ans, massivement pris comme référence au sein de la recherche, celle-ci décroît en même temps que les possibilités de rencontrer un aliment nouveau s'amenuisent (Lafraire et al., 2016). Mais avant cela, entre deux et



cinq ans, une quinzaine d'expositions seront nécessaires avant acceptation de chaque aliment (Lafraire et al., 2016 ; Soulet, 2018).



**Figure 1: Modèle développemental de la néophobie alimentaire (d'après Dovey et al., 2008)**

Cet agissement est en réalité le reflet du développement global, comme conceptualisé par Soulet (2018). Chez le tout-petit, il constitue une réaction de survie fondée sur des processus intuitifs (Kahneman, 2003) éludant l'ingestion d'objets toxiques à l'égal des plantes qui ne sont pas sans rappeler les légumes repoussés (Rubio et al., 2008 ; Wertz & Wynn, 2014). Puis, à compter de deux ans, l'exacerbation de ce comportement reflète trois changements majeurs : d'abord, le développement de la mobilité (Rioux, 2020) ; ensuite, la maturation des fonctions cognitives vers des processus contrôlés (Kahneman, 2003), dont la capacité de catégorisation (Lafraire et al., 2016) et la mémoire ; enfin, la construction de l'identité personnelle corrélée au besoin d'autonomie. C'est à ce titre que cette « néophobie secondaire » (Soulet, 2018) coïncide avec la phase d'opposition, traduction de ce besoin.

L'enfant catégorise alors les aliments connus et rejette les autres, au premier abord différents de ses représentations internes prototypiques. Cela explique l'acceptation plus aisée des aliments similaires aux aliments connus qui sont inférés comme étant comestibles par association visuelle ou olfactive, ainsi que le refus d'aliments déjà goûtés présentés sous une forme non reconnue comme le sont souvent les fruits et légumes (Rioux, 2020). L'expression motrice ou langagière de son refus, alors possible, signe l'affirmation de ses choix et ses préférences et donc son individuation.

#### **1.4. Déterminants personnels**

Des différences inter-individuelles peuvent influencer l'expression de la néophobie alimentaire. Tout d'abord, deux tiers de sa variation seraient déterminés génétiquement (Cooke, 2018 ; Knaapila et al., 2007 cités par Rabadán & Bernabéu, 2021). En outre, les compétences sensorielles affectent la néophobie : un meilleur odorat, une haute acceptabilité tactile et un comportement de recherche sensorielle semblent être corrélés négativement à la néophobie. La préférence innée pour les aliments sucrés et gras ainsi que la sensibilité à l'amertume y sont quant à elles positivement corrélées (Lafraire et al., 2016). Bien que la littérature semble particulièrement mettre en lumière un lien entre néophobie et perceptions avant mise en bouche (sur base olfactive et visuelle) (Rioux, 2020), d'autres recherches devraient investiguer ces résultats peu admis.

De même, aucun contraste significatif suivant le sexe n'est observé (Rabadán & Bernabéu, 2021 pour une revue ; Rioux, 2020). Les interactions entre sexe et néophobie alimentaire sont complexes : des processus psychologiques tels que la sensibilité au dégoût (Dovey et al., 2008) ou l'estime corporelle (Rabadán & Bernabéu, 2021) sont possiblement impliqués.

Plusieurs caractéristiques psychologiques conditionnent ainsi le comportement alimentaire. A ce propos, l'inhibition et les réactions négatives face à la nouveauté en général (ex. concernant des situations, objets) sont des traits fortement plébiscités pour favoriser la néophobie alimentaire (Soulet, 2018 ; Torres et al., 2020). Ces néophobies générale et alimentaire sont par exemple hautement corrélées à douze mois (Gartstein & Rothbart, 2003). D'autres traits de personnalité sont dépeints : l'anxiété, l'ouverture d'esprit ou le neuroticisme qui est défini comme la tendance à vivre des émotions négatives (ex. colère, dépression). Ceux-ci peuvent aussi participer à l'augmentation des manifestations de rejet des aliments nouveaux (Dovey et al., 2008 ; Lafraire et al., 2016).

### **1.5. Déterminants environnementaux et socio-économiques**

La néophobie alimentaire peut également être plus ou moins manifeste en fonction de facteurs environnementaux et socio-économiques. Ceux-ci entretiennent des liens incontestables. En premier lieu, l'environnement géographique influence l'accessibilité des denrées alimentaires et les préférences. Des disparités culturelles sont probables mais aucune corrélation n'a pu être opérée avec le niveau de néophobie et les données sont limitées dans les pays moins développés. Or, à un niveau local, la ruralité d'un lieu de vie entretient la néophobie de ses habitants, moins exposés à la diversité culturelle alimentaire qu'en milieu urbain. Ceci étant largement démontré, l'impact du type d'environnement et le taux de néophobie à travers le monde tendent tout de même à se réduire en raison de la mondialisation permettant un accès grandissant à un régime alimentaire varié et une ouverture d'esprit à la cuisine d'autres pays (Dovey et al., 2008 ; Rabadán & Bernabéu, 2021).

L'environnement immédiat de l'enfant et ses antécédents doivent également être pris en compte. Le statut socio-économique et le niveau d'éducation faibles des parents sont des facteurs de risque de néophobie alimentaire pour leurs descendants (Dovey et al., 2008 ; Lafraire et al., 2016) : effectivement, ceux-ci sont souvent associés à un temps limité alloué à la préparation des repas, une accessibilité financière moins conséquente aux fruits, légumes et viandes ainsi qu'une méconnaissance des pratiques nutritionnelles recommandées résultant en un régime alimentaire peu varié et de moindre qualité (Torres et al., 2020). Bien sûr, ces attitudes parentales peuvent également être observées indépendamment de statuts économique et éducatif faibles. S'ajoutent à ces facteurs des conduites parentales endiguant l'autonomie de l'enfant : diversification retardée (Rubio et al., 2008), peu d'implication de l'enfant dans la préparation des repas et peu de pouvoir de décision, pression à manger, manque d'encouragements ou d'affection pendant le temps de repas ou encore difficultés à interpréter les signes de faim et de satiété. Enfin, les habitudes alimentaires des parents ne sont pas négligeables : des parents eux-mêmes néophobes, ayant un panel alimentaire réduit participent encore à l'accroissement de l'ampleur et de la durée de la néophobie alimentaire durant l'enfance. Cela s'explique par la prédisposition génétique, par l'exposition à un régime peu varié pendant la grossesse (augmenté après par l'absence d'allaitement, autre facteur défavorisant), de même que par un comportement d'imitation (Rabadán & Bernabéu, 2021 ; Torres et al., 2020).

Cette « facilitation sociale » (Lafraire et al., 2016 ; Rioux, 2020) peut être portée par exemple par les parents, la fratrie, un enseignant. Celle-ci a un impact plus important sur la volonté de l'enfant d'essayer un aliment nouveau si la personne référente est familière et mange réellement la nourriture

proposée. Le mimétisme est encore plus notable lors de la présence de plus nombreux pairs, d'autant plus chez les individus plus âgés qui seront alors enclins à goûter des aliments inédits (Dovey et al., 2008).

## 2. Les troubles affectant l'alimentation

La néophobie alimentaire, développementale, ne doit pas être confondue avec de réels troubles alimentaires ayant d'importantes implications psycho-sociales ou nutritionnelles.

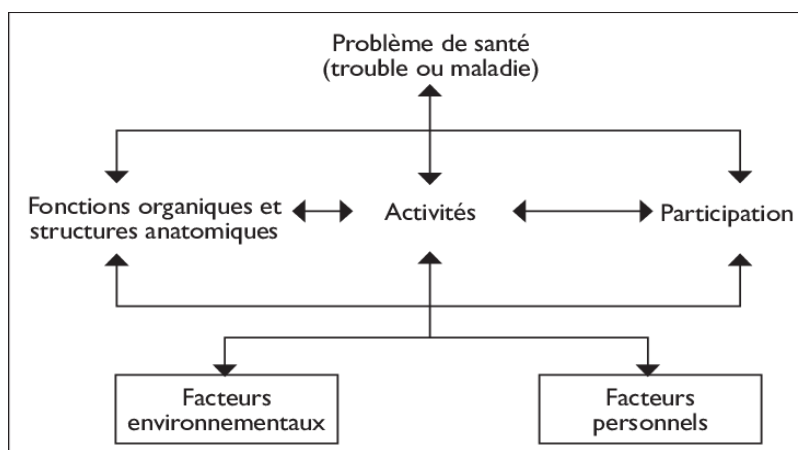
### 2.1. Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP)

Les TAP ou « *Pediatric Feeding Disorders* » correspondent à une altération de la prise orale qui n'est pas adaptée à l'âge et qui est associée à un dysfonctionnement médical, nutritionnel, psychosocial et/ou des compétences alimentaires. Les critères diagnostiques consensuels sont décrits dans le tableau 1 et sont accompagnés d'exemples (Goday et al., 2019).

**Tableau 1: Critères diagnostiques des TAP (d'après Goday et al., 2019)**

- 
- A. Altération des prises alimentaires, inappropriées par rapport à l'âge chronologique, qui dure au moins deux semaines, associée à un ou plusieurs critère(s) suivant(s) :
1. Trouble d'origine médicale, attesté par l'un des éléments suivants :
    - a. Troubles cardio-respiratoires, gastro-intestinaux, neurologiques pendant la prise alimentaire (ex. tachypnée chronique, atrésie de l'œsophage)
    - b. Fausses routes et pneumopathies d'inhalation
  2. Trouble nutritionnel, attesté par l'un des éléments suivants :
    - a. Dénutrition (quantité réduite)
    - b. Carence nutritionnelle ou apports restreints d'un ou plusieurs nutriment(s) résultant d'une restriction du panel alimentaire (variété réduite)
    - c. Dépendance à une nutrition artificielle ou à des suppléments oraux pour soutenir l'alimentation et l'hydratation (qualité réduite de la prise alimentaire)
  3. Trouble des fonctions sensori-motrices alimentaires (ex. trouble de l'intégration sensorielle, difficultés de mastication, de succion, de déglutition) nécessitant :
    - a. de modifier la texture pour l'alimentation solide ou liquide
    - b. d'adapter les postures, l'installation et les outils
    - c. d'adapter les stratégies alimentaires
  4. Troubles psychosociaux, attestés par l'un des éléments suivants :
    - a. Comportement d'évitement actif ou passif pour se nourrir ou être nourri
    - b. Mise en place de stratégies parentales inadaptées (ex. distracteurs télévisuels, non-adaptation aux capacités de l'enfant, forçage)
    - c. Trouble du fonctionnement social en lien avec le repas
    - d. Difficultés relationnelles entre l'enfant et l'aidant au moment du repas
- B. Trouble non lié à un trouble du comportement alimentaire, ni à un manque de nourriture ou à des pratiques culturelles
- 

Ce concept neuf permet de prendre en considération la complexité des troubles alimentaires et de leurs retentissements. Assurément, nous pouvons observer que les critères ci-dessus s'inscrivent dans le prisme de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) et sont en constante interaction (OMS, 2001) (cf. figure 2). L'apport de cette conception vise ainsi une homogénéisation des termes usités (ex. troubles de l'oralité alimentaire, dysoralité), pour une meilleure cohérence en pratique clinique et une prise en soin transdisciplinaire la plus adaptée possible (Goday et al., 2019).



**Figure 2: Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (OMS, 2001)**

Malgré cette définition consensuelle datant de 2019, un code de diagnostic unique est attendu pour les TAP dans le cadre de la 11<sup>e</sup> édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) (OMS, 2022), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. D’ici là, nous pouvons mettre en exergue un certain nombre de codes que les critères de TAP englobent. Dix-neuf – dont la dysphagie et les troubles d’alimentation sélective et/ou évitante – sont envisagés dans la CIM-10 (Kovacic et al., 2021). Les troubles d’alimentation sélective et/ou évitante ou « *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* » (ARFID) sont aussi répertoriés dans la 5<sup>e</sup> édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2022).

## 2.2. Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

Il nous paraît nécessaire d’aborder les TCA ou « *feeding and eating disorders* » puisqu’ils forment une condition d’exclusion au diagnostic de TAP, et donc une troisième entité à part entière par rapport à la néophobie. Ces TCA peuvent co-exister avec les TAP, mais leur présence seule ne peut constituer un TAP. Ce sont des troubles psychiatriques graves caractérisés par des comportements anormaux en matière d’alimentation ou de contrôle du poids (Treasure et al., 2020).

Nous en comptons six sur lesquels s’accordent le DSM-5-TR (APA, 2022) et la CIM-11 (OMS, 2022). Tout d’abord, nous citons l’anorexie qui est la perturbation de l’image corporelle motivant des comportements de perte de poids ; la boulimie marquée par des épisodes récurrents d’hyperphagie boulimique accompagnés de comportements compensatoires pour éviter la prise de poids ; et l’hyperphagie sans procédé compensatoire. Aussi, font partie de ces troubles le pica soit l’ingestion répétée de substances non comestibles, et le mérycisme se définissant comme la régurgitation répétée de nourriture sans nausée, vomissement ou dégoût. Le dernier trouble répertorié est le trouble d’alimentation sélective et/ou évitante que nous avons soulevé plus haut : sa cause est psychiatrique, mais ses symptômes sont en conformité avec les critères des TAP.

### **3. Démarche d'évaluation et diagnostic différentiel**

En s'appuyant sur la démarche réflexive que permet le bilan orthophonique, le praticien sera en mesure de poser un diagnostic différentiel.

#### **3.1. Architecture du bilan orthophonique**

Une évaluation orthophonique peut être sollicitée par un médecin, répondant à la plainte des parents concernant l'alimentation de leur enfant. Celle-ci s'inscrira dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en tant que « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » (Convention nationale des orthophonistes, 2022). L'état des lieux réalisé sera fonction de l'âge du patient et de ses compétences. De la sorte, nous évaluerons l'oralité primaire chez le nourrisson (réflexes oraux, succion, déglutition) puis l'oralité secondaire dès six mois (Thibault, 2015). Notre attention se portera ici sur l'examen de la motricité volontaire, après six mois, qui coïncide avec l'avènement ou l'intensification de la néophobie alimentaire secondaire.

Trois temps sont indispensables pour jauger les difficultés, les émergences et les capacités de l'enfant, aussi bien sur le plan alimentaire qu'au niveau du développement global. Premièrement, l'orthophoniste entreprendra une anamnèse afin de cerner la demande ainsi que le portrait neuro-biologique (ex. antécédents familiaux et médicaux), psycho-moteur (ex. marche, socialisation) et socio-environnemental (ex. place dans la fratrie) du jeune patient. Des documents annexes, tels que des compte-rendus médicaux, le carnet de santé ou encore une « journée type alimentaire », pourront être examinés et apporter des informations complémentaires par rapport aux questions posées aux responsables de l'enfant. Le déroulé du développement alimentaire et l'évocation des conditions actuelles de repas permettront également de dégager des signes d'alerte éventuels de TAP (Abadie, 2004).

En second lieu, viendra le temps de l'observation : l'orthophoniste veillera à une observation globale (ex. tonus, posture) et de la sphère oro-faciale au repos (ex. examen exobuccal des structures anatomiques, type de respiration, déglutition salivaire) puis à une observation, sans intervention, sur un temps de repas (ex. installation, autonomie, seuil sensoriel).

Enfin, une évaluation clinique est primordiale pour apprécier précisément les compétences sensorielles et oro-motrices (prise des liquides, ainsi que prise de la cuillère ou mastication selon l'âge développemental) : observe-t-on une incontinence labiale, un reflux nasal, des fausses-routes (ex. toux, voix mouillée) ou des stases ? Les mouvements neuro-moteurs sont-ils fonctionnels ? Un trouble de l'intégration sensorielle, au niveau tactile ou oral, est-il identifiable (ex. réflexe nauséux exacerbé, hyper-réactivité à certaines textures ou aux outils insérés en bouche) ? L'orthophoniste peut mener l'essai alimentaire avec divers aliments : certains demandés préalablement aux parents (aliment aimé, aliment difficile et aliment jamais goûté) et d'autres se différenciant par leur texture. Ainsi, le trouble pourra être caractérisé rigoureusement et l'on pourra en déterminer les mécanismes et les conséquences somatiques et psychogènes (Abadie, 2004).

#### **3.2. Outils complémentaires**

Selon l'angle d'approche de la néophobie, deux types d'évaluation se distinguent. Les questionnaires visant à estimer la consommation de nourriture nouvelle en général, soit la néophobie-trait, se basent généralement sur une évaluation purement verbale. Dans l'autre sens, les tâches évaluant la volonté à essayer des aliments inconnus, traitant de la néophobie-état, sont pensées au

moyen d'images ou de la présence réelle de nourriture (Rabadán & Bernabéu, 2021). Dans leur revue narrative de littérature, Damsbo-Svendsen et al. (2017) synthétisent les différents instruments existants, mesurant différents aspects de la néophobie à des âges divers. Ils y évoquent notamment le questionnaire pionnier intitulé « *Food Neophobia Scale* » (FNS) et sa version adaptée aux enfants remplie par les parents (Pliner, 1994 ; Pliner & Hobden, 1992). Ces deux échelles ont été traduites et adaptées en français (Rioux et al., 2017).

Un troisième outil figurant dans la revue narrative retient à son tour notre attention puisqu'il se situe au carrefour du questionnaire (avec des items inspirés de la FNS) et de la tâche comportementale (sur images) : c'est le Questionnaire pour Enfant de Néophobie Alimentaire (QENA) (Rubio et al., 2008). Celui-ci est un auto-questionnaire destiné aux jeunes français de cinq à huit ans. Sa conception et sa validation en font un instrument accessible aux enfants (treize items) et adapté culturellement en France (cf. Annexe A1). De plus, il est relativement récent, dispose de qualités psychométriques acceptables, traite de nombreux contextes de consommation alimentaire (modélisation, information, saveur, excitation) et des types de néophobie. La tâche, bien que participant à une bonne validité prédictive, engendre un temps et un coût supplémentaire. La réponse à chaque item s'étend d'un à quatre points, un score total élevé pouvant marquer une néophobie.

Pour embrasser la quasi-totalité du spectre développemental au cours duquel la néophobie alimentaire peut subvenir, nous pouvons mentionner le « *Children's Eating Behavior Questionnaire* » (CEBQ) (Wardle et al., 2001) consacré aux sujets de deux à neuf ans et ayant également de bonnes qualités psychométriques. Cependant, deux limitations compromettent son utilisation : il n'est pas adapté en français et les notions de néophobie et de sélectivité n'y sont pas distinguées. En revanche, au-delà de la revue de Damsbo-Svendsen et ses collaborateurs, la création et validation d'un autre outil a permis de contourner ces limites. Il est question de l'échelle de rejets alimentaires pour enfant ou « *Child Food Rejection Scale* » (CFRS) (Rioux et al., 2017). Ce questionnaire est conçu pour les enfants français âgés de deux à sept ans et contient onze items dont les modalités de réponse s'étendent sur une échelle de Likert verbale à cinq points. Les concepts de néophobie et de sélectivité y figurent tous les deux mais peuvent être analysés individuellement puisque chaque item est relié à l'un ou l'autre de ces concepts (cf. Annexe A2). Des analyses (notamment moyenne des scores) effectuées auprès de 274 parents sont disponibles dans l'article de référence.

Nous avons ainsi mis en évidence deux outils pertinents pour l'identification de la néophobie en contexte francophone. Les questionnaires sont faciles d'administration, peuvent être proposés en amont du bilan aux parents et sont intéressants pour les individus en bas-âge avant cinq ou six ans (Alley, 2018). Après ces âges, l'enfant peut répondre seul ce qui permet une meilleure fiabilité des réponses. Un seul outil ne peut toutefois pas rendre compte de la complexité de la néophobie alimentaire et des processus psychopathologiques autour de l'alimentation en général, bien qu'il participe à situer la néophobie/néophilie sur un continuum (Rabadán & Bernabéu, 2021). C'est pourquoi l'évaluation clinique reste essentielle, notamment pour exclure des troubles.

### 3.3. Conclusions diagnostiques

Une réflexion hypothético-déductive à partir de l'ensemble des éléments recueillis de l'anamnèse à l'évaluation clinique permettra peut-être d'affirmer l'existence d'un TAP dont on spécifiera l'origine, l'ordre et les manifestations (cf. tableau 2). Cette démarche pourra d'ailleurs nécessiter des examens complémentaires notamment médicaux. Dans le cas contraire, le diagnostic d'exclusion d'un TAP convergera vers l'hypothèse d'un trouble du comportement alimentaire ou encore vers l'identification d'une néophobie alimentaire (Guillon-Invernizzi et al., 2020).

**Tableau 2: Types de signes cliniques repérés/évalués (d'après Guillon-Invernizzi et al., 2020)**

Signes gnoso-praxiques et moteurs	Signes sensoriels	Signes psycho-comportementaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incoordination entre succion, déglutition et respiration</li> <li>- Trouble des réflexes oraux</li> <li>- Trouble du tonus</li> <li>- Difficulté de passage à la cuillère ou aux morceaux</li> <li>- Trouble de mastication</li> <li>- Trouble de déglutition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mises en bouche excessives (recherche sensorielle)</li> <li>- Peu ou pas de réactions orales (hypo-réactivité sensorielle)</li> <li>- Réactions d'aversion orales, faciales, corporelles telles qu'un réflexe nauséux exacerbé (hyper-réactivité)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sélectivité alimentaire sévère</li> <li>- Néophobie persistante (au-delà de douze ans)</li> <li>- Anxiété au moment des repas ou anxiété post-traumatique</li> <li>- Adaptations et stratégies environnementales, matérielles et humaines</li> </ul>

Au regard du tableau ci-dessus, nous entendons la confusion possible de la néophobie alimentaire avec un TAP, dans le sens commun. En effet, nous mentionnions précédemment une plus basse acceptabilité tactile qui favoriserait la néophobie (Rabadán & Bernabéu, 2021), ce qui n'est pas sans rappeler le trouble de l'intégration sensorielle (Miller et al., 2007). De même, les stratégies parentales inadaptées telles que le forçage, conséquence des difficultés alimentaires, ainsi que les autres troubles psycho-sociaux, se situent à la frontière des TAP et de la néophobie. En dernier lieu, nous notons la limite fine avec la néophobie persistante et la sélectivité sévère, signe de TAP.

Pourtant, il est capital de comprendre les oppositions fondamentales que présentent également ces deux notions. Comme explicité par Zimmerman & Fisher (2017, p. 97), les troubles d'alimentation sélective et/ou évitante, s'intégrant aux TAP, identifient « les patients présentant une restriction alimentaire cliniquement significative, dont l'ampleur entraîne des carences nutritionnelles graves et/ou une incapacité persistante à satisfaire les besoins énergétiques (...) [ils] n'englobent donc pas les changements dans les habitudes alimentaires qui sont jugés comme appropriés à l'âge, y compris la néophobie alimentaire ». De surcroît, cette dernière est incompatible avec des difficultés d'ordre oro-moteur et fonctionnel, elle survient d'ailleurs sans cause apparente. Enfin, elle ne peut être évoquée lorsque les difficultés coïncident avec un changement d'étape du développement de l'alimentation, puisqu'elle survient chez un enfant chez qui ces étapes se sont enchaînées normalement (Guillon-Invernizzi et al., 2020).

Il est alors essentiel de caractériser précisément la néophobie ou le trouble repéré en termes d'âge d'apparition, de durée et de type pour entrevoir les comportements en jeu (ex. pour la néophobie : flexible, rigide ou pathologique). Cette analyse fine « permettrait d'éviter que certains comportements alimentaires des enfants soient considérés comme normaux dans le développement, alors qu'ils relèvent de difficultés plus importantes *et vice versa* » (Soulet, 2018, p. 250).

## **4. Prise en charge de la néophobie alimentaire**

La néophobie développementale ne nécessite pas de prise en charge spécifique. Pourtant, de multiples actions sont en mesure de l'endiguer afin de limiter son essor et l'aggravation de la situation.

### **4.1. Décision de prise en charge et professionnels impliqués**

Il est nécessaire de mettre en place un suivi thérapeutique, uniquement s'il s'agit d'un trouble. La néophobie, survenant avant douze ans et de type flexible, n'exige donc pas un recours à la spécificité du suivi orthophonique (Convention nationale des orthophonistes, 2022). La patience et la compréhension du responsable de l'enfant sont de mise pour surmonter cette période développementale de survenue fréquente (Białek-Dratwa, 2022).

Toutefois, non moins que certains enfants sont à risque de développer des troubles du langage, d'autres pourraient développer des troubles alimentaires. Parfois, une néophobie alimentaire s'intensifie, perturbe grandement le système familial et les temps de repas voire peut risquer de perturber le développement sain de l'enfant. Ces comportements inappropriés, s'ils ne sont pas suspendus, potentialisent la survenue d'un TAP, par exemple par l'extension de la néophobie à une sélectivité alimentaire. Une prise en charge peut alors s'avérer nécessaire (Białek-Dratwa, 2022). « Tout l'enjeu est de prévenir et de dédramatiser cette situation pour ne pas que les choses se cristallisent » (Blédina, 2020, paragr. 3).

Pour faciliter le passage de cette période, le recours à des mesures comportementales précoces (Dovey et al., 2008) ou d'éducation alimentaire et nutritionnelle auprès du système familial complet (Torres et al., 2020) peut être profitable. L'approche systémique concerne les relations d'interdépendance régissant les parents et leurs enfants, son but est de traiter des difficultés en les considérant comme appartenant au système et non pas à un seul individu porteur du problème (Turgeon, 1985). Dans le cas de la néophobie, les réactions des proches seront travaillées afin d'inverser le cercle vicieux de la néophobie alimentaire dont nous parlions auparavant.

Bien qu'un accord sur ces principes généraux de prise en charge soit retrouvé, les professionnels à consulter en cas de néophobie complexe ne sont pas évoqués. La littérature suggère de manière globale, pour les difficultés persistantes de sélectivité (dont la néophobie), le bénéfice d'actions pluridisciplinaires : le pédiatre, un diététicien-nutritionniste, un psychologue, « un thérapeute de l'alimentation » désignant potentiellement un orthophoniste ou un ergothérapeute (Białek-Dratwa, 2022) travaillent conjointement avec les professionnels de la petite enfance et les responsables de l'enfant.

Le diététicien peut se révéler être un interlocuteur de choix auprès de parents inquiets ou blessés dans leur fonction ressentant le besoin d'un suivi personnalisé (Audhuy, 2012). Parmi les missions de ce spécialiste de l'alimentation, nous consignons l'éducation ou la rééducation de troubles de l'alimentation ou du métabolisme (ex. diabète, diversification) à tout âge, l'accompagnement vers un changement de régime alimentaire, le rééquilibrage alimentaire, etc. (Ministère de la santé et de la prévention, 2012).



## 4.2. Contenu des interventions

Chez l'enfant, les interventions répertoriées agissent principalement sur les facteurs socio-environnementaux et les fonctions sensorielles. En effet, les facteurs personnels sont immuables. Enfin, l'action sur les facteurs cognitifs est limitée, elle est davantage appropriée pour les individus plus âgés qui sont plus sensibles à une éducation ou information sur la nutrition (Appleton et al., 2016).

Rioux (2020) dissocie deux types d'initiatives que nous pouvons mettre en lien avec les différentes composantes de la CIF (OMS, 2001). Tout d'abord, les interventions sur l'alimentation en tant que telle viennent influencer les fonctions organiques par une familiarisation progressive avec la nourriture évitée. Nos lectures nous ont permis d'identifier plusieurs méthodes : une éducation sensorielle soit une prise de conscience et acceptation des divers goûts, odeurs, formes des aliments (Decosta et al., 2017) ; la stratégie d'effacement de la texture consistant à mélanger un aliment aimé avec un aliment non accepté (Lafraire et al., 2016 ; Williams et al., 2010) ; une présentation attrayante des plats proposés (Appleton et al., 2016) ; ou encore la méthode de chaînage alimentaire dont le principe est de modifier une propriété de l'aliment (ex. sa forme) afin de généraliser son acceptation (Białek-Dratwa, 2022). Ensuite, l'utilisation d'un conditionnement est largement relatée : cet apprentissage peut s'effectuer en couplant un aliment cible (ex. un nouveau légume) avec un aliment au goût déjà apprécié (*Flavor-Flavor*) ou avec un aliment à haute densité énergétique provoquant un sentiment de satiété agréable (*Flavor-Nutrient-Learning*) (Appleton et al., 2016 ; Lafraire et al., 2016 ; Rioux, 2020 pour une revue). Pourtant, aucune de ces méthodes ne rivalise avec le bénéfice prouvé de la seule exposition répétée (*Mere Exposure*). Celle-ci se décline selon diverses modalités : des expositions visuelles (imagiers, aliments réels), tactiles ou gustatives sont très efficaces. Il est impératif de transmettre aux parents l'importance de continuer à proposer un aliment malgré les refus puisque chaque exposition permettra à l'enfant de préciser son système de catégorisation et de se sentir davantage en sécurité avec l'aliment proposé, de plus en plus familier (Rioux, 2020).

Le second type d'intervention concerne le contexte alimentaire, se rapportant aux facteurs environnementaux de la CIF (OMS, 2001). De manière générale, un style éducatif visant l'autonomie de l'enfant est préconisé : l'enjeu est d'éviter une pression et restriction autoritaire (Dovey et al., 2008 ; Williams et al., 2010) sans devenir trop permissif (Torres et al., 2020), puisque ces deux pôles sont préjudiciables à la volonté de goûter de nouveaux aliments. Pour cela, il convient d'opter pour une approche pratique permettant d'offrir un choix à l'enfant et de développer sa motivation intrinsèque plutôt que de contrôler ses comportements alimentaires. Ceci se traduit par différentes mesures concrètes : veiller à la disponibilité et l'accessibilité aux légumes et fruits (ex. fruits pré-découpés et en évidence) ; impliquer l'enfant dans la préparation des repas, le marché ou le potager ; servir d'exemple en ayant soi-même une alimentation variée ; user de récompenses avec parcimonie, de préférence non-alimentaires (Decosta et al., 2017). Aussi, une diversification précoce voire une diversification menée par l'enfant (si pas de contre-indication) sont indiquées pour réduire la réponse néophobique (Białek-Dratwa, 2022).

Ces conseils peuvent s'insérer dans le cadre d'actions de prévention ou être utilisés quand la néophobie est déjà installée. Bien que ceux-ci jouissent de bons résultats sur le court terme et sont communément admis, leur efficacité à réduire la néophobie sur le long terme nécessite encore des investigations (Appleton et al., 2016 ; Rioux, 2020). Ainsi, combiner ses approches pour faire du repas un temps agréable propice à la découverte serait bénéfique.

### **4.3. Réalité orthophonique**

Une prise en soin orthophonique peut déverrouiller un TAP d'ordre sensoriel ou oro-moteur. Le thérapeute peut également apporter un soutien psycho-socio-comportemental en complément, mais ne sera pas l'interlocuteur privilégié si cet axe est le seul à poser problème (Guillon-Invernizzi et al., 2020). La prise en charge oro-motrice ne concerne évidemment pas les cas de néophobie développementale. Pour ce qui est des axes sensoriel et psycho-socio-comportemental, une plus grande ambiguïté réside. En effet, les outils dont l'orthophoniste dispose et son expertise recourent en partie les conseils évoqués ci-dessus. Au niveau sensoriel, la progression proposée dans l'approche *Sequential Oral Sensory* ou « chemin jusqu'à la bouche » (Toomey et Sundseth Ross, 2011) inclut une exposition visuelle, tactile et gustative par étapes au produit rejeté. Cela est à mettre en parallèle avec la simple exposition selon diverses modalités. Aussi, la « stratégie d'effacement » n'est autre que l'approche micro-graduée utilisée en orthophonie (Shore et al., 1998). Au plan psycho-socio-comportemental, les maîtres-mots sont identiques : repas ludique et motivant, modélisation du thérapeute et de la famille. Ceux-ci sont toutefois partagés par les différents professionnels gravitant autour de l'enfant.

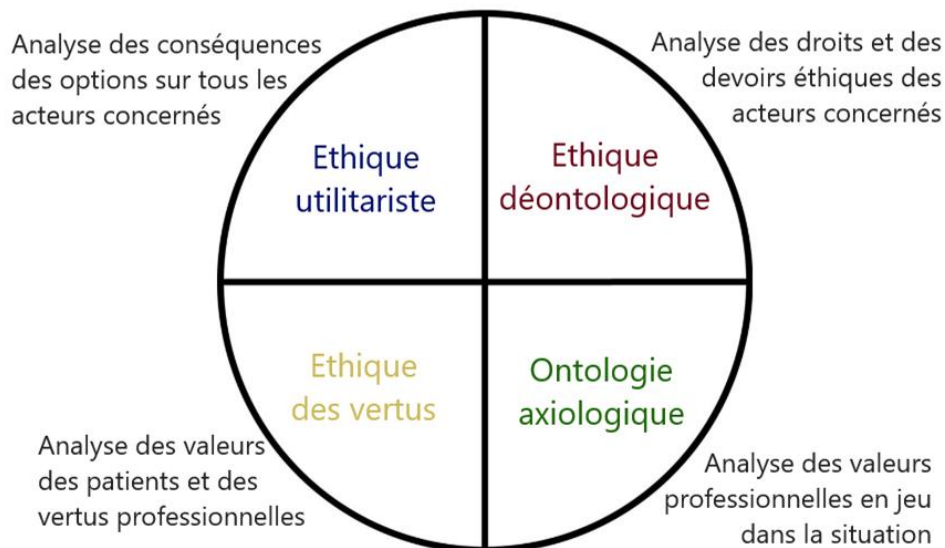
Ces ambivalences retrouvées entre néophobie et TAP, aussi bien au niveau du concept même que de l'intervention nécessaire soulèvent alors un paradoxe. L'expertise de l'orthophoniste serait à même de débloquer une situation de néophobie, pourquoi une prise en charge est alors déconseillée ? Autoriser une prise en soin dans un cas de néophobie simple contribuerait à l'édifier, à tort, à l'égal d'un trouble. Malencontreusement, cette vision aurait des conséquences néfastes au niveau socio-économique : les temps d'attente pour une consultation augmenteraient pour toute la population, dont les personnes nécessitant une prise en soin orthophonique urgente ; aussi nous ne pourrions justifier du remboursement de ces actes et donc de leur coût sociétal (Cash et al., 2012). Pour autant, l'écueil majeur de cette vision est éthique. Bien que la formalisation d'une telle réflexion en orthophonie soit encore juvénile (CPLOL, 2009), nous comprenons la nature déroutante de cette prise en charge, puisqu'elle communiquerait implicitement aux parents que leur enfant est porteur d'un trouble.

### **4.4. Recommandations de bonnes pratiques orthophoniques**

Différents supports peuvent guider l'orthophoniste à l'étape de décision de prise en charge. Une pratique basée sur les preuves issues de la recherche et de la clinique est primordiale (Maillart et Durieux, 2014). « C'est également grâce au questionnement éthique que l'orthophoniste est en mesure de prendre, avec le patient, les décisions le concernant au sujet de sa maladie ou de son handicap. » (Kerlan, 2018, p. 24) : nous pouvons aborder dans cette optique les quatre principes du cadre éthique commun pour la pratique de l'orthophonie-logopédie (CPLOL, 2009) (cf. tableau 3) ainsi que le cadre éthique quadripartite (Drolet et Hudon, 2015) (cf. figure 3). Garder en tête ces modèles lors de la restitution du bilan peut également favoriser l'adhésion des parents à cette décision, qui en comprendront mieux les enjeux.

**Tableau 3: Quatre principes du cadre éthique commun pour la pratique de l'orthophonie-logopédie (CPLOL, 2009)**

1. Respecter l'autonomie et la dignité des individus
2. Agir d'une façon à apporter un bénéfice aux individus et à améliorer leur qualité de vie
3. Éviter de faire la moindre chose qui pourrait porter préjudice aux individus
4. Agir de façon équitable et juste envers les individus et la société



**Figure 3: Cadre éthique quadripartite (Drolet et Hudon, 2015)**

Pour tirer le meilleur parti de l'expertise de l'orthophoniste tout en respectant les recommandations scientifiques, ce professionnel de l'oralité est apte à transmettre aux parents les conseils de guidance soulevés ci-dessus. Il fera également preuve de réassurance quant à l'aspect commun de la néophobie au sein du développement d'un enfant, tout en partageant aux parents les signes d'alerte auxquels rester attentifs. Enfin, il pourra fournir d'autres ressources telles que des plaquettes ou sites internet (ex. mangerbouger.fr).

Somme toute, la décision de prise en charge revient au professionnel, en fonction des recommandations scientifiques et déontologiques mais également selon ses valeurs et sa sensibilité. De ce fait, dans la mesure où chaque situation de néophobie est différente, la réponse apportée pourra revêtir l'un ou plusieurs des formats suivants : de simples conseils au terme de l'évaluation, un bilan à distance, l'orientation vers un autre professionnel, voire un bilan de prévention et d'accompagnement parental dorénavant permis par la nomenclature (Convention nationale des orthophonistes, 2022). La place de la prise en soin directe reste particulière et demande réflexion puisque non adaptée à un enfant touché par une période de néophobie développementale sans autre signe de TAP.

## 5. Problématique, hypothèses et buts

La néophobie alimentaire est un concept ayant été beaucoup étudié dans la littérature, et cela sous divers aspects. Toutefois, à notre connaissance, les liens et différences entre néophobie et troubles alimentaires sont peu explicités. Ainsi, dans la réalité clinique, l'inquiétude des parents pourrait aboutir à une prise en charge orthophonique, pourtant non nécessaire.

En effet, nous pouvons émettre une première hypothèse : les orthophonistes se sentent démunis face aux difficultés alimentaires d'un enfant qui ne présente pas un trouble, mais dont leur expertise et leurs outils pourraient aider ces familles, d'autant plus au regard de l'introduction des troubles des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité dans la NGAP (Convention nationale des orthophonistes, 2017) et de la terminologie de TAP (Goday et al., 2019), toutes deux récentes. Alors nous émettons une seconde hypothèse : l'orthophoniste reste le professionnel privilégié pour renseigner cette problématique.

L'étude entreprise participerait à préciser les connaissances réelles des orthophonistes et leur rôle par rapport à la néophobie. Des interrogations pourraient être soulevées : comment les orthophonistes envisagent-elles le diagnostic différentiel ? Comment expliquent-elles cette période développementale aux parents ? Quelles sont les suites données à l'évaluation ? L'analyse des informations récoltées fera l'objet d'une confrontation à la littérature. Celle-ci visera à identifier le besoin éventuel des orthophonistes de recommandations de pratique clinique (Maillart et Durieux, 2014) envers cette question, et éventuellement le format préférentiel de cette mesure (plaquette, formation, etc.). En effet, de meilleures connaissances à ce sujet contribueraient à optimiser les décisions de prise en charge, démarche essentielle d'un point de vue éthique et socio-économique.

## Méthodologie

Dans cette partie, nous présenterons la méthodologie qui a été employée pour analyser les pratiques professionnelles des orthophonistes, par le biais d'un questionnaire auto-administré.

### 1. Procédure générale

Le questionnaire est un instrument privilégié pour décrire et comprendre des pratiques, dès lors qu'il permet la multiplicité des recueils, d'autant plus par le biais du questionnaire auto-administré. La procédure standardisée, le nombre élevé de sondés ainsi que le traitement statistique des résultats quantitatifs permettent une objectivation relative des données (De Singly, 2020).

Toutefois, la construction d'un questionnaire étant complexe, puisque le contenu et la forme des questions conditionnent les réponses du sujet, l'intérêt d'une pré-enquête est notable. Celle-ci s'est déroulée sous la forme d'un entretien semi-dirigé. Toutes les questions pertinentes pour le questionnaire définitif ont alors pu être envisagées (Tamim, 2020).

De plus, l'entretien et le questionnaire eurent lieu après information et consentement des participants. Des lettres d'information furent en effet transmises en amont. Elles contenaient le but et le déroulement de l'étude, l'utilisation des données personnelles, les droits des participants. Un compte-rendu des résultats finaux leur fut également proposé ainsi que nos informations de contact en cas de questions.

L'organisation temporelle de cette recherche s'est produite comme suit : la préparation du guide d'entretien et leur passation se sont opérées entre juin et octobre 2022, la construction du questionnaire et sa validation jusqu'en novembre 2022, sa diffusion entre le 17 novembre 2022 et le

20 janvier 2023. Cette ossature a permis d’octroyer un temps suffisant à la collecte d’un nombre conséquent de réponses puis à l’analyse des données, entre février et avril 2023.

## **2. Réalisation d’une pré-enquête**

### **2.1. Construction du guide d’entretien**

Le choix d’un entretien semi-dirigé s’est avéré pertinent pour des enquêtes exploratoires (Blanchet & Gotman, 2017). Assurément, s’appuyer sur un guide d’entretien permet de laisser apparaître de « nouvelles hypothèses émanant du terrain » de par la liberté prodiguée au chercheur et à l’enquêté. Pour ce faire, il faut rester attentif aux réactions du professionnel et s’y adapter sans influencer ni anticiper les réponses (Tamim, 2020).

Le contenu de cet entretien suit les quatre sections reprises dans le questionnaire. Une plus grande importance fut toutefois accordée à l’évocation des expériences et des ressentis, les questions ouvertes étant privilégiées. Pour cela, nous avons fait appel aux registres référentiels, visant le recueil de pratiques professionnelles concrètes, et modaux, affectant les représentations et sentiments des interviewés (Bréchon, 2011). Des questions initiées en « comment » et « pourquoi » ainsi que la préparation de relances adaptées ont permis de s’affranchir d’un interrogatoire fermé.

Les entretiens sur la base de ce guide ont été autorisés par la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (CNIL) en lien avec la loi du 6 janvier 1978, et sont référencés sous le numéro 2022-244.

### **2.2. Population et passation des entretiens**

Les deux orthophonistes auxquelles nous avons proposé l’entretien initial faisaient partie de notre réseau professionnel et prenaient en charge régulièrement des patients présentant des troubles de l’oralité, ainsi leur expérience a permis de nous apporter des informations nouvelles.

Les entretiens se sont déroulés dans leur cabinet libéral respectif et ont duré environ vingt minutes. L’introduction s’est principalement concentrée sur l’explication de notre démarche ainsi que la proposition d’enregistrer au format audio notre discussion, ce qui a été accepté par les deux professionnelles. Ceci a permis de soulager la prise de notes et ainsi de conserver la spontanéité de l’échange. Ensuite, est venu le temps de l’écoute et des relances puis de la clôture (Bréchon, 2011).

Les enregistrements ont été stockés immédiatement après l’entretien sur un espace sécurisé (clé USB cryptée avec VeraCrypt). Ils seront détruits après leur utilisation.

### **2.3. Méthodologie d’analyse des résultats**

L’entièreté des dialogues a été retranscrite afin de faciliter leur analyse (Tamim, 2020). Elle a d’abord porté sur le contenu (Bréchon, 2011) de par l’ajout de propositions dans le questionnaire (ex. schéma possible pour l’éventuelle information sur la néophobie, signes de troubles alimentaires selon l’âge, centres de formations belges, professionnels vers qui réorienter en cas de néophobie comme un éducateur ou un ergothérapeute). Certaines formulations ont également été remises en cause pour le questionnaire au vu de la manifestation d’une incompréhension par les interviewées.

### **3. Réalisation d'un questionnaire**

#### **3.1. Construction du questionnaire**

Le questionnaire suit une trame envisagée en quatre parties : (1) les informations permettant de situer professionnellement l'orthophoniste ; (2) des questions sur leurs connaissances théoriques par rapport à la notion de néophobie (diagnostic différentiel, conduite à tenir) ; (3) des questions abordant l'expérience réelle des orthophonistes avec les troubles de l'oralité et la néophobie ; (4) des questions sur leur ressenti par rapport à cette question (cf. Annexe A3).

La méthode d'enquête *Computer Assisted Web Interviewing* (CAWI), correspondant au format électronique, a été sélectionnée (Fenneteau, 2015). Celle-ci permet de recueillir des données anonymisées, grâce à la plateforme LimeSurvey qui ne conserve pas les adresses IP. De même, aucune information nominative n'est sollicitée lors de l'évocation de la situation professionnelle. Au niveau déontologique, cette enquête ne constitue pas une recherche impliquant une personne humaine ni des données sensibles de santé (Loi Jardé, 2012). Ainsi, s'est uniquement imposée une déclaration de conformité à la CNIL auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO).

Les questions de fait ont ici été préférées aux questions d'opinion toujours dans une optique d'objectivation. De même, les questions fermées sont présentes en nombre supérieur car elles présentent plusieurs avantages : leur codage est plus aisé, elles permettent une meilleure standardisation mais il en résulte la nécessité de proposer une liste exhaustive de réponses. Enfin, les questions ouvertes sont tout de même présentes car elles offrent des informations qualitatives intéressantes, bien qu'elles soient plus longues et complexes à traiter (De Singly, 2020).

Des conditions ont été programmées pour diriger les orthophonistes exclusivement vers les questions les concernant, en lien avec leurs réponses précédentes (ex. partie 3 non proposée si l'orthophoniste n'a jamais réalisé de bilan de l'oralité). Ceci, le nombre limité de questions (32 au maximum) et la barre de progression permettront d'encourager les réponses complètes. En l'occurrence, le temps de réponse total ne peut excéder quinze minutes.

Nous avons veillé à limiter les biais lors de la confection. L'ordre et la formulation des questions ont été étudiés minutieusement, pour permettre une bonne compréhension (ex. éviter les doubles négations), ménager la mémoire des individus et permettre l'expression personnelle sans influence (De Singly, 2020). Dans cette optique, plusieurs procédés ont été utilisés : le « paging » qui consiste à faire apparaître les questions l'une après l'autre pour limiter leurs interactions (Fenneteau, 2015) ; l'insertion des réponses possibles « autre » si l'on envisage un manque d'exhaustivité de nos propositions dans les questions fermées ; et des échelles de Likert afin de rendre compte de nuances fines dans les ressentis des participants.

Avant sa distribution, le questionnaire final a été expérimenté par les directrices de cette étude afin de déceler des ambiguïtés restantes ou tout autre type d'erreur. C'est à ce moment qu'une estimation du temps de réponse a pu être réalisée de manière précise. Enfin, la déclaration auprès du DPO a pu être effectuée, qui a validé ce questionnaire le 15 novembre 2022.

#### **3.2. Population et diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a été diffusé sur quarante-sept groupes Facebook privés réservés aux orthophonistes et logopèdes exerçant en France, Belgique et Suisse. Les orthophonistes et logopèdes diplômés ont alors été ciblés, qu'ils soient formés ou non aux troubles de l'oralité.

L'échantillon de répondants n'a pas vocation à être représentatif de la population totale mais la variété des modes et lieux d'exercice, des formations suivies permettra une certaine généralisation des résultats. Toutefois, un effectif global supérieur à 100 serait réellement acceptable puisqu'il permettrait d'augmenter la validité du questionnaire et le niveau de preuve des résultats, par la limitation de l'effet des réponses atypiques (Vilatte, 2007).

### 3.3. Méthodologie d'analyse des résultats

Les statistiques descriptives ont guidé l'analyse des résultats, sous un angle quantitatif et qualitatif. Celles-ci sont facilitées par la plateforme LimeSurvey, générant des tableaux récapitulatifs (effectifs, pourcentages). Nous avons également utilisé le tableur Excel afin de procéder au post-codage et de créer des représentations à l'esthétique homogène pour l'ensemble des données.

Une première étape a consisté à coder les réponses obtenues. Nous avons d'abord éliminé les participations aberrantes (réponses incomplètes). Ensuite, nous avons procédé à un codage a posteriori des réponses aux questions ouvertes, c'est-à-dire un regroupement manuel des réponses dans des catégories pertinentes choisies par nos soins (Fenneteau, 2015). Les réponses aux questions fermées sont déjà codées étant donnée la liste des propositions fournie aux participants, toutefois certaines réponses « autre » ont pu être intégrées a posteriori dans les catégories définies en amont. Chaque question a pu alors être analysée en termes d'effectifs et/ou de pourcentages. Dans un deuxième temps, la représentation des réponses (tableaux, graphiques) fut choisie minutieusement en fonction de la nature de la variable.

## Résultats

### 1. Population de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 106 orthophonistes et logopèdes ayant répondu de manière complète au questionnaire, et de 82 y ayant répondu de manière partielle. Les résultats se baseront uniquement sur les réponses complètes. Dans la suite de cette partie, nous décrirons l'échantillon suivant cinq modalités : lieu d'exercice, mode d'exercice, lieu de formation, année d'obtention du diplôme, formations dans le domaine de l'oralité.

#### 1.1. Lieu d'exercice

On observe une répartition des orthophonistes de l'échantillon sur tout le territoire français (cf. tableau 4), mis à part certains territoires d'outre-mer (Guyane, La Réunion, Martinique, Mayotte).

**Tableau 4. Régions d'exercice des orthophonistes**

Région d'exercice	Effectifs 1	Région d'exercice	Effectifs 2
Auvergne Rhône Alpes	11	Ile-de-France	14
Bourgogne Franche Comté	2	Normandie	9
Bretagne	4	Nouvelle Aquitaine	10
Centre Val de Loire	13	Occitanie	8
Corse	1	Pays de la Loire	1
Grand Est	9	Provence Alpes Côtes d'Azur	5
Guadeloupe	3	Brabant Wallon (Belgique)	1
Hauts-de-France	14	Liège (Belgique)	1
<b>TOTAL (effectifs 1 + effectifs 2)</b>			<b>106</b>

## 1.2. Mode d'exercice

84,91% des orthophonistes de notre échantillon exercent exclusivement en libéral. Une minorité exerce en salariat (6,60%) et 8,49% en exercice mixte. Une diversité de structures est dépeinte parmi cette minorité : centre d'accueil médico-social précoce, centre médico-psychologique, centre hospitalier, service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, institut d'éducation motrice, service de soins de suite et de réadaptation.

## 1.3. Lieu de formation

L'échantillon se compose de 90 orthophonistes formés en France et de 16 orthophonistes formés en Belgique, dans les centres de formations détaillés ci-dessous (tableau 5).

La majorité des orthophonistes a donc été formée en France. Nous notons toutefois qu'aucun professionnel diplômé des centres de formation de Clermont-Ferrand, Rennes et Toulouse n'est présent dans notre échantillon. Concernant les centres de formations belges, l'Université libre de Bruxelles et l'Université de Mons ne sont pas non plus représentées.

**Tableau 5. Lieu de formation des orthophonistes**

Centres de formation français	Effectif
Amiens	5
Besançon	2
Bordeaux	5
Caen	3
Lille	19
Limoges	1
Lyon	10
Marseille	1
Montpellier	3
Nancy	4
Nantes	1
Nice	5
Paris	17
Poitiers	3
Rouen	2
Strasbourg	2
Tours	7
<b>TOTAL en France</b>	<b>90</b>

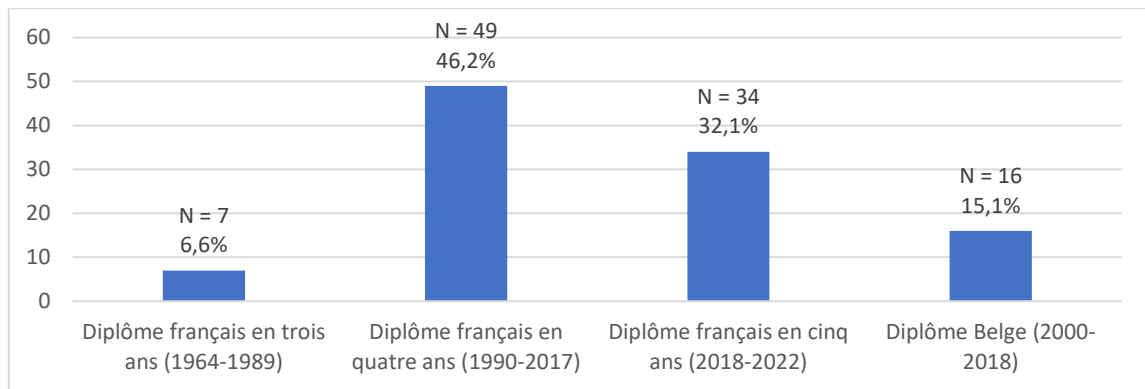
Centres de formation belges	Effectif
Haute Ecole Léonard de Vinci -	2
Haute Ecole de la province du	1
Haute Ecole de la ville de Liège	3
Haute Ecole de la province de Liège	2
Haute Ecole de la Communauté	3
Université catholique de Louvain	1
Université de Liège	4
<b>TOTAL en Belgique</b>	<b>16</b>

## 1.4. Année d'obtention du diplôme

Il nous a paru pertinent de réaliser des regroupements en fonction de la durée de formation, en lien avec les réformes des études. C'est ainsi que nous avons constitué les trois premiers groupes dont les effectifs sont détaillés dans la figure 4. Les seize orthophonistes formés en Belgique constituent le quatrième groupe, ils ont obtenu leur diplôme entre 2000 et 2018.

Nous soulignons que 35 orthophonistes soit 33% de l'échantillon ont été diplômés à partir d'avril 2018, année d'ajout du « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » à la NGAP.





**Figure 4. Année d'obtention du diplôme**

## 1.5. Formations initiale et continue(s) dans le domaine de l'oralité

Au sein de notre échantillon, environ la moitié des orthophonistes (51,89%) a bénéficié d'une formation sur les troubles de l'oralité alimentaire et des fonctions oro-myo-faciales dans leur cursus initial. 83 orthophonistes (78,30%) ont effectué des formations continues dans ce domaine par la suite. Un manque d'informations dans la formation initiale (56,6%), un intérêt particulier (59,43%) ou encore en réponse aux demandes croissantes (4,71%) sont les raisons invoquées par les professionnels en ayant entrepris.

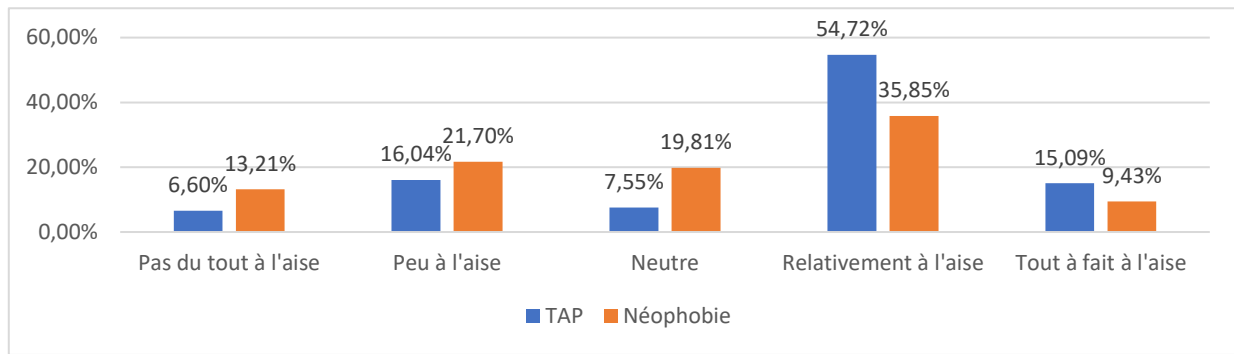
Les formations continues les plus représentées sont réalisées par des orthophonistes experts dans ce domaine : Audrey Lecoufle et Emeline Leseq (N=27), Catherine Senez (N=19), Elisa Levavasseur (N=16), Lucie Cambrai (N=15), Fanny Guillon-Invernizzi et Anne-Demeillers (N=10), Catherine Thibault (N=12) et Isabelle Barbier (N=11). Au niveau des modalités, de nombreuses formations en ligne sont en essor (ex. « la langue », « la mastication » de So-Spitch) mais des formations sur plusieurs jours en présentiel, des congrès hospitaliers (ex. à l'hôpital Necker à Paris) et des diplômes universitaires sont aussi ciblés.

Enfin, nous remarquons les différentes terminologies utilisées dans les réponses, qui représentent ou non l'intitulé exact des formations : troubles alimentaires pédiatriques, dysoralités alimentaires, troubles de l'oralité alimentaire sont mentionnés. Ces troubles sont également évoqués en transversalité avec d'autres domaines et selon divers regards tels que la gastropédiatrie (ex. avec le Dr. Lalanne, gastropédiatre), la sensorialité (ex. profil sensoriel de Dunn), l'anatomie (ex. freins restrictifs, *Talk Tools*), les fonctions (ex. la déglutition atypique, Le Lan).

## 2. Connaissances théoriques

### 2.1. Autoévaluation

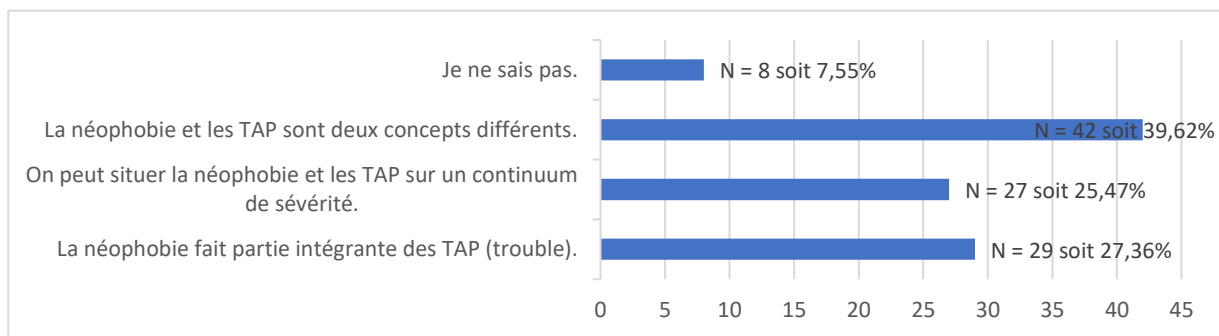
Une majorité des orthophonistes s'estime relativement à l'aise avec la notion de TAP (54,72%). En revanche, on remarque une distribution plus homogène pour ce qui est de la néophobie alimentaire. En effet, en comparaison, seuls 35,85% sont relativement à l'aise avec la notion. Nous remarquons toutefois que la réponse prédominante pour les deux notions, TAP et néophobie, est une évaluation positive de leurs connaissances vis-à-vis des concepts.



**Figure 5. Autoévaluation de l'aisance vis-à-vis des concepts**

## 2.2. Conceptualisation des deux entités

En cohérence avec les définitions des concepts, 39,62% des orthophonistes interrogés font la différence entre le trouble alimentaire pédiatrique et la néophobie. Pourtant, la maîtrise de cette classification ne semble pas répandue, au vu des autres réponses bien représentées, qui mettent en avant la notion de sévérité voire de trouble pour définir la néophobie.



**Figure 6. Articulation de la néophobie et du TAP**

Ensuite, nous avons proposé un tableau symptomatique aux orthophonistes. Pour chacun des signes cliniques, nous les interrogeons sur l'entité que celui-ci pouvait révéler, les réponses possibles étant : TAP, néophobie, les deux ou aucun. Par souci de lisibilité et de synthèse, nous associons un signe à une entité lorsqu'une majorité de réponses est retrouvée (détails en annexe A4).

D'après les répondants, la perte de poids, des carences nutritionnelles, les difficultés de succion (avant 2 ans) ou de mastication (après 2 ans), l'hypo ou hyper-réactivité sensorielle, les régurgitations et/ou vomissements, un réflexe nauséux exacerbé, un passage difficile à la cuillère ou aux morceaux (avant 2 ans), des troubles de la déglutition, ainsi qu'un manque d'exploration orale sont des signes fortement associés au TAP (>50%).

Seules les difficultés apparaissant tardivement alors qu'il n'y en avait pas dans la toute petite enfance font évoquer à 50% des orthophonistes une néophobie isolée. Aucun signe pathognomonique n'est associé à la néophobie alimentaire dans l'esprit des orthophonistes interrogés.

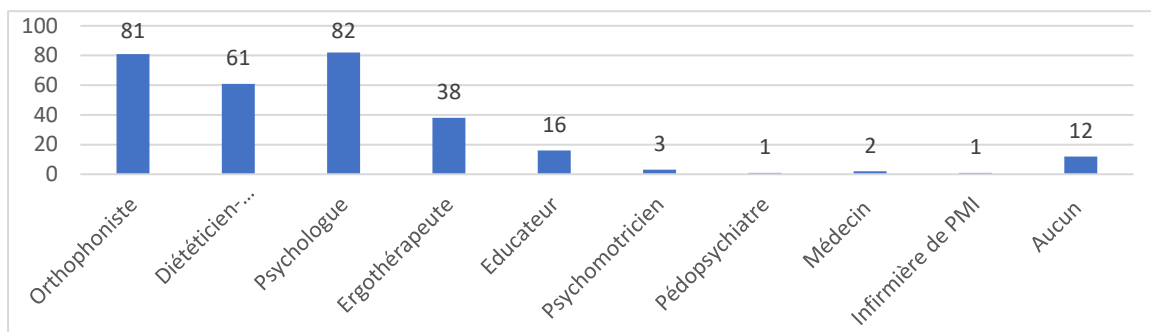
De nombreux signes peuvent illustrer à la fois néophobie alimentaire et TAP pour l'échantillon : sélectivité alimentaire sur des aliments connus, méfiance à la vue d'un nouvel aliment ou refus de le goûter, problèmes de comportements au moment des repas (ex. anxiété, pleurs, colère, etc.), désintérêt pour l'alimentation, repas qui durent longtemps, ou encore rejet d'une texture ou d'un goût particulier. Ceux-ci peuvent être notamment regroupés sous la dimension psycho-comportementale.

Enfin, il est pertinent de relever que les troubles de déglutition (ex. fausse-roues) n'évoquent aucune entité pour environ 15% des répondants. De même, les difficultés de succion ou de mastication, les régurgitations et/ou vomissements et le manque d'exploration orale ne sont pas signes de troubles pour 5 à 10% d'entre eux. Ces quatre symptômes peuvent être d'origine oro-motrice.

## 2.3. Organisation de la prise en charge de la néophobie alimentaire

### 2.3.1. Professionnel habilité

Aux yeux des répondants, la néophobie isolée peut être prise en charge par différents professionnels répertoriés dans la **figure 7**.



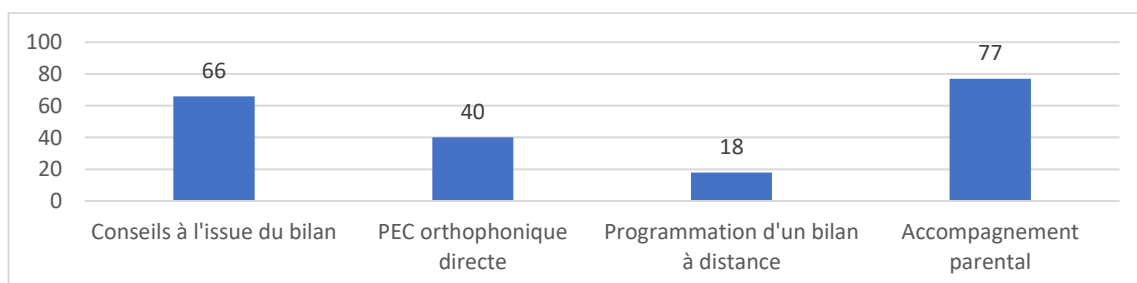
**Figure 7. Professionnels habilités en cas de néophobie isolée**

Lorsque l'orthophoniste n'est pas considéré comme habilité à prendre en charge la néophobie alimentaire isolée, soit pour 33 répondants, les raisons invoquées sont le fait que la néophobie serait une période normale du développement qui ne nécessite pas de prise en charge (N = 22), ou que d'autres professionnels seraient plus à même de prendre en charge cette entité (N = 11).

Dans les réponses « autres » qui ont subies un post-codage, nous ressentons déjà une réserve émise par les orthophonistes. L'orthophoniste aurait un rôle à jouer en cas de néophobie persistante ou si elle est associée à d'autres troubles. Dans ce cas, le travail conjoint avec un psychologue peut s'avérer intéressant d'après certains interviewés.

### 2.3.2. Approche thérapeutique privilégiée

Quand l'orthophoniste est un recours envisagé en cas de néophobie, la thérapie peut s'organiser en différentes formes, plus ou moins directes. Une éducation parentale est vivement suggérée, que ce soit par des séances d'accompagnement avec les parents, ou par le biais de conseils délivrés à l'issue du bilan.



**Figure 8. Projet thérapeutique envisagé en cas de néophobie isolée**

### 3. Expérience réelle des orthophonistes

#### 3.1. Description des orthophonistes ayant été confrontés à cette question

41,51% des orthophonistes interrogés ont déjà réalisé un bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, et ont déjà été confrontés au diagnostic différentiel entre TAP et néophobie. Cette question s'est posée pour la plupart entre une et cinq fois (26,42% des 44 orthophonistes concernés).

#### 3.2. Description d'une de leurs expériences

Pour répondre aux questions suivantes, nous avons proposé aux orthophonistes de se concentrer sur une rencontre avec un patient qui leur restait en mémoire, patient pour qui le diagnostic entre néophobie et TAP avait fait objet d'un questionnement.

##### 3.2.1. Evaluation

La plainte provenait pour 38,68% des cas des parents. Autrement, le pédiatre (1,89%) ou le milieu scolaire (0,94%) en étant à l'origine.

A l'issue du bilan orthophonique, nous avons dégagé trois conclusions diagnostiques possibles (néophobie alimentaire, TAP et conclusion difficile) et avons proposé aux orthophonistes d'expliquer en quelques lignes leur décision en cas de néophobie (11,32%) ou de diagnostic difficile (14,15%). La réflexion amenant au diagnostic de TAP n'a pas été détaillée car ne constitue pas l'objet de nos interrogations, et reprendrait les critères diagnostiques de Goday et al. (2019).

Le tableau 6 reprend les principaux éléments de ces deux conclusions. Les réponses étant qualitatives, nous les avons regroupées selon diverses catégories afin de rendre plus aisée la comparaison et de comprendre sur quels critères se basent les orthophonistes dans leur réflexion diagnostique.

**Tableau 6. Réflexions diagnostiques**

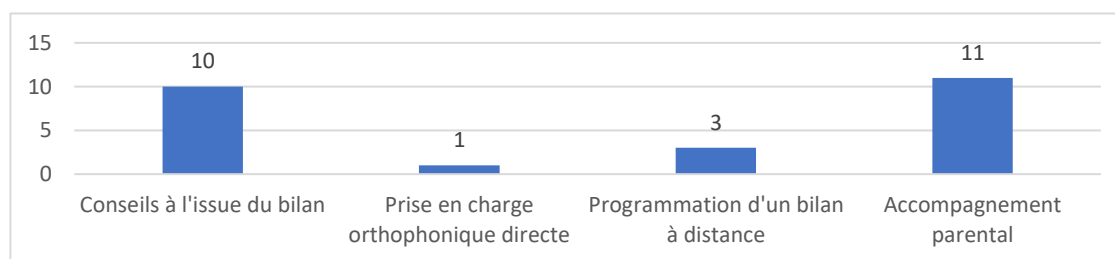
	<i>Critères</i>	<b>Conclusion diagnostique</b>	
		<b>Néophobie alimentaire</b>	<b>Conclusion difficile</b>
<b>Eléments de réflexion</b>	<b>Age d'apparition des difficultés</b>	Apparition soudaine vers 2 ans.	Apparition ou amplification soudaine vers 2 ans.
	<b>Signes d'appel</b>	Répertoire alimentaire varié. Refus limité à certains aliments nouveaux, fréquemment les fruits et légumes.  Pas de lien évident de texture, goût, aspect, etc.	Sélectivité importante vers 2 ans et demi.
	<b>Critères d'exclusion</b>	Absence de trouble sensoriel ou oro-moteur, de traumatisme, de réflexe nauséeux exacerbé, de carence ou de variation anormale de la courbe staturo-pondérale.	Intrications de signes sensoriels, psycho-comportementaux, anatomiques, oro-moteurs (de degré parfois léger).  Réflexe nauséeux ou vomissements.  Manque d'examen complémentaires et d'échanges pluridisciplinaires (ex. ORL).  Repas très long, sans perte de poids.

<b>Critères</b>	<b>Néophobie alimentaire</b>	<b>Conclusion difficile</b>
<b>Antécédents</b>	Pas d'antécédents biomédicaux ou familiaux pouvant expliquer les difficultés.	Antécédents sans lien direct (ex. difficultés de succion, mais passage aux morceaux réussi). Traumatisme possible (ex. gastroentérite sévère).
<b>Comportement du patient</b>	Opposition générale. Tendance phobique.	Comportement différent en fonction du milieu (école, maison).
<b>Attitudes parentales</b>	Attitudes parentales adaptées ou au contraire conflits familiaux. Restriction des propositions en raison des refus.	Absence de diversité alimentaire. Parents démunis ayant essayé de nombreuses stratégies.
<b>Degré des difficultés</b>	Relative flexibilité de l'enfant, pas de sévérité inquiétante.	Différence entre TAP léger et néophobie.
<b>Orthophoniste</b>		Manque de formation spécifique. Besoin d'une analyse plus longitudinale pour connaître le patient et ses comportements d'évitement (ex. repas en vidéo).

Dix orthophonistes ont alors expliqué la néophobie alimentaire aux parents. Les définitions mises en avant reprenaient les termes suivants : « période normale du développement de l'enfant, très fréquente, censée être transitoire, souvent dans le cadre d'une difficulté comportementale plus globale », la néophobie se caractérise alors par « l'appréhension d'être confronté à un aliment inconnu ». Cette définition est confortée par l'absence de critères de TAP.

### 3.2.2. Décision thérapeutique et choix des activités

La décision thérapeutique après la détection d'une néophobie alimentaire peut prendre plusieurs formes. Elle est en revanche souvent indirecte (figure 9).



**Figure 9. Décision thérapeutique quand la néophobie a été mise en évidence**

Lorsque les hypothèses diagnostiques sont confuses, certains orthophonistes mentionnent une proposition de prise en charge, qui permettra, de par la résistance ou non à la rééducation, de confirmer ou infirmer un diagnostic de TAP.

Le seul orthophoniste ayant eu recours à une intervention directe auprès de l'enfant s'est inspiré des techniques suivantes : éducation sensorielle (goûts, odeurs, formes, textures des aliments, etc.) dont chaînage alimentaire, travail sur les effecteurs oro-myo-fonctionnels (lèvres, langues, joues, etc.), présentation attrayante de la nourriture, utilisation de récompenses/renforçateurs. Les matériels

utilisés ont été des outils ludiques pour manger et des vidéos hebdomadaires des repas réussis, afin d’instaurer de l’anticipation et du renforcement positif.

Vis-à-vis de l’accompagnement parental, prodigué à distance du bilan ou à l’issue de celui-ci, nous retrouvons la présentation de lectures et livrets pédagogiques, la réassurance, la technique d’exposition répétée, l’aspect ludique sans forçage. Le but étant de transmettre aux parents qu’il est important d’accompagner l’enfant dans la redécouverte des aliments et dans l’élargissement du panel alimentaire, en partant des aliments acceptés (appelés aussi « aliments copains »).

#### 4. Demande d’information ou de formation supplémentaire

En moyenne, les orthophonistes de l’échantillon estiment que le diagnostic différentiel entre TAP et néophobie alimentaire est légèrement difficile ( $M = 2.58/5$ ) (cf. figure 10).

Estimez-vous que le diagnostic différentiel entre TAP et néophobie est aisé ?

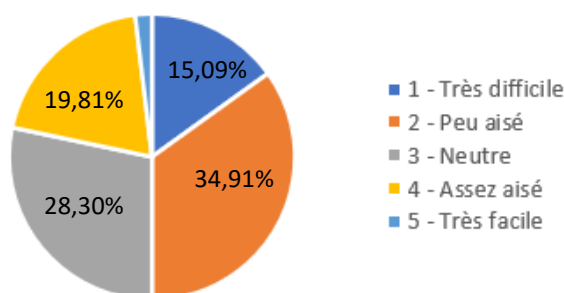


Figure 10. Degré d’aise des orthophonistes vis-à-vis du diagnostic entre TAP et néophobie

Les répondants estiment manquer d’informations concernant le diagnostic différentiel entre la néophobie et un trouble ainsi qu’à propos de la conduite à tenir en cas de néophobie, et dans une moindre mesure concernant les éléments détaillés dans la figure 11.

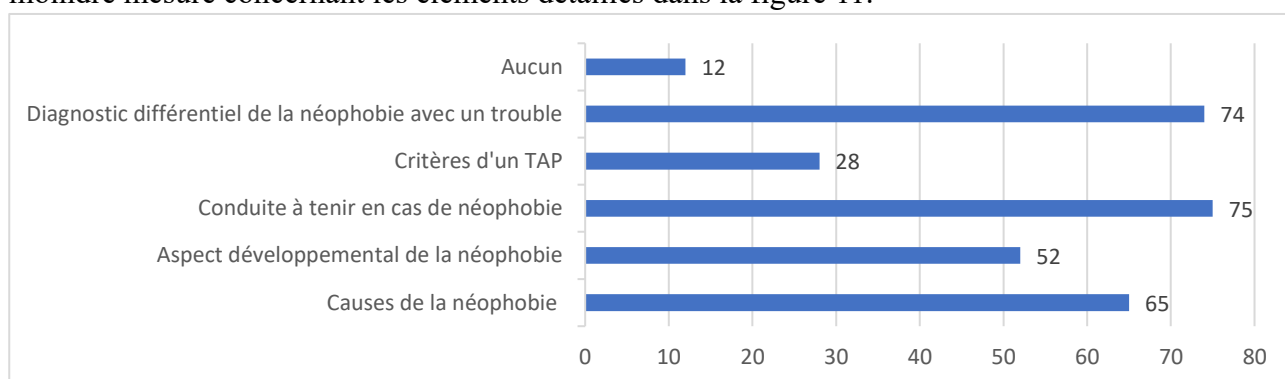
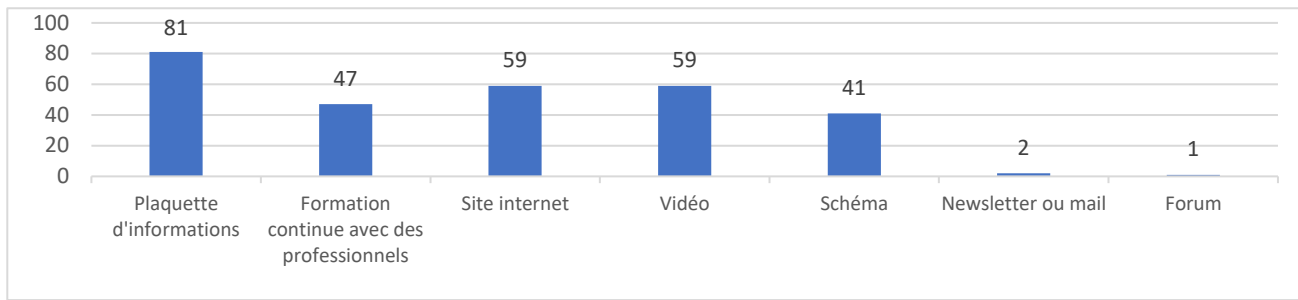


Figure 11. Thématiques dans lesquelles les orthophonistes se sentent démunis

Une grande majorité des orthophonistes interrogés (91,51%) apprécierait recevoir de l’information sur le thème de la néophobie, tandis que 7,55% sont plus mitigés sur l’intérêt de cette démarche et leur besoin vis-à-vis de ce contenu. Le format préférentiel pour délivrer cette information serait une plaquette d’information (cf. figure 12). Cette disposition aurait pour avantage d’être transmissible aux parents ou aux autres professionnels de santé, comme suggéré par un répondant dans la section « autre ».



**Figure 12. Format préféré pour l'information concernant la néophobie**

## Discussion

### 1. Rappel des objectifs et hypothèses

L'objectif de cette étude était de préciser les connaissances réelles des orthophonistes et leur rôle par rapport à la néophobie. Nous émettions en effet la première hypothèse suivante : les orthophonistes pourraient se sentir démunis pour différencier la néophobie alimentaire de réelles difficultés alimentaires (ou TAP). Si cette hypothèse est validée, un besoin des orthophonistes de recommandations de pratique clinique serait mis en évidence. Quant à la deuxième hypothèse, nous nous posons la question du ou des professionnel(s) habilité(s) à prendre en charge la néophobie, l'orthophoniste pouvant rester privilégié au vu de son expertise concernant l'alimentation.

Une meilleure compréhension de la pratique clinique à ce propos contribuerait à optimiser les décisions de prise en charge, qui s'avèrent moins légitimes en cas de néophobie simple et très importantes en cas de TAP, sur la base d'une réflexion éthique et socio-économique.

### 2. Interprétation des résultats

Cette question de la différenciation entre néophobie et TAP s'avère pertinente au regard du nombre d'orthophonistes ayant déjà été confrontés à cette question (41,51% de notre échantillon), des ressentis des orthophonistes qui ne s'estiment globalement pas tout à fait à l'aise avec la néophobie, et qui considèrent le diagnostic différentiel comme légèrement difficile. Surtout, l'articulation de ces deux entités n'est pas évidente, un consensus n'est pas retrouvé parmi les orthophonistes de l'échantillon.

À l'aune des signes évoqués dans le questionnaire, ceux se référant à la dimension comportementale sont fortement associés aux deux entités, néophobie et TAP. Cela permet de confirmer les confusions possibles dans la réalité clinique au niveau du diagnostic différentiel. En revanche, la dimension oro-motrice semble moins familière et la dimension médicale très fortement associée dans la conception des orthophonistes interrogés avec les TAP, ce qui concorde avec la littérature et participe au diagnostic d'exclusion pour une simple néophobie.

Au vu de tous ces éléments, nous pouvons alors valider partiellement l'**hypothèse 1** de notre étude car malgré un enchevêtrement des symptômes pour les deux concepts, les ressentis très négatifs face au diagnostic différentiel sont tout de même limités, la définition de la néophobie est consensuelle et les critères d'exclusion le sont également.

Lors de la construction de notre questionnaire, nous avons fait le choix de séparer les notions de TAP et néophobie, le but étant le diagnostic différentiel. Or, les répondants du questionnaire, ainsi

que les participants aux entretiens ont rapidement soulevé l'intrication fréquente de la néophobie et des TAP. En effet, une néophobie qui s'intensifie, peut potentialiser la survenue d'un TAP. Il est donc bien raisonnable de parler des degrés de néophobie, un degré fort pouvant être un argument de prise en charge. Réciproquement, un enfant peut présenter un TAP, auquel s'ajoute la néophobie vers deux ou trois ans ce qui complique les séances et les progrès. Les deux peuvent être présents conjointement, il est donc important de s'intéresser à l'impact fonctionnel des difficultés, pour un projet thérapeutique adapté à chacun.

L'organisation de la prise en charge de la néophobie reste centrée sur la rencontre avec un orthophoniste, professionnel que les répondants jugent comme le plus apte. Mais à l'issue du bilan, la prise en charge directe, en cas de néophobie isolée, fait moins l'objet d'un consensus. D'ailleurs, un seul orthophoniste parmi les 25 confrontés à cette décision a proposé des séances actives avec l'enfant. Ceci est cohérent avec les revues scientifiques. Un projet thérapeutique basé sur des méthodes indirectes est plus répandu : l'accompagnement de l'enfant dans la redécouverte des aliments et les actions sur le contexte alimentaire sont remémorés par les orthophonistes. Nous notons, comme détaillé dans la revue narrative précédente, que ces conseils sont similaires à ceux prodigués en cas de trouble. Ainsi, ces informations nous permettent de valider l'**hypothèse 2** dans notre cohorte.

### **3. Réflexions à propos de l'étude**

#### **3.1. Forces et limites de la méthodologie**

L'une des forces de notre étude est qu'elle se base sur des ouvrages dont le niveau de preuve est élevé. Pour constituer notre revue narrative, nous avons intégré plusieurs publications anciennes, notamment celles de Dovey et ses collègues, fondatrices par rapport à la définition de la néophobie. La majorité des articles lus (dont plusieurs méta-analyses) sont issus de revues à comité de lecture, répertoriés dans la plateforme PubMed et sont donc d'un niveau de preuve important. En revanche, nous nous sommes autorisés une thèse (Soulet, 2018) dont le niveau de preuve est moindre puisque non validée par les pairs. Toutefois, celle-ci traitait de manière très complète des processus développementaux impliqués dans la néophobie et a aiguisé notre compréhension du phénomène.

Cette revue de littérature nous a également permis de mettre en valeur des facteurs de risque et de protection par rapport à la néophobie alimentaire, pouvant être délivrés comme conseils préventifs. Enfin, des outils complémentaires au bilan orthophonique ont été répertoriés et comparés. Pour des raisons de concision, nous n'avons pas proposé de questions relatives à ceux-ci dans notre questionnaire ; leur utilisation en pratique reste donc inconnue à l'issue de ce travail. Ces ressources pourront toutefois être promues dans un guide potentiel sur le thème de la néophobie.

Lors de la construction du questionnaire, nous avons également cherché à limiter les biais pouvant entacher la validité des résultats. L'enquête exploratoire, sous forme d'entretiens, nous a aidé dans ce sens. Deux entretiens ont pu être recueillis ce qui reste restreint. Les types et formulations des questions sont effectivement dépendants de l'enquêteur et déjà orientés, même si un ton neutre est de mise pour réduire le biais de désirabilité sociale (un individu interrogé sur ses compétences aura tendance à les sur-déclarer). Un point doté d'une certaine subjectivité est par ailleurs, l'étape du post-codage : pour les questions ouvertes, qui sont par choix minoritaires, nous avons veillé à ce qu'aucune perte d'informations ne soit déplorée et à créer des catégories les plus représentatives des réponses y étant insérées. L'option « autre » existait dans une majorité des questions semi-fermées dans ce même but (De Singly, 2020). Nous notons toutefois un biais par rapport aux formations



continues : aucune option « je n'en ai pas encore réalisée » n'a été insérée dans cette question, évinçant les répondants ayant reçu leur diplôme très récemment et n'ayant pas effectué de formation continue.

Aussi, malgré les efforts réalisés afin de proposer un questionnaire rapide et fluide (conditions, barre de progression, 32 questions au maximum), nous craignons que celui-ci fût tout de même chronophage, au vu du nombre élevé de réponses incomplètes. Les 82 réponses partielles peuvent s'expliquer notamment par les tableaux à remplir répertoriant les entités associées aux différents signes cliniques, qui pouvaient provoquer un découragement et un arrêt de la participation. Les orthophonistes étaient toutefois prévenus dans le texte d'information initial du temps de passation n'excédant pas 15 minutes. Bien entendu, les réponses partielles n'ont pas été analysées et donc n'entachent pas la validité du questionnaire, ayant obtenu 106 réponses complètes (Vilatte, 2007).

En dernier ressort, l'intérêt de cette recherche se trouve également dans les informations qualitatives relevées. Les informations quantitatives viennent confirmer au moins en partie nos hypothèses. En revanche, permettre aux orthophonistes de s'exprimer librement quant à leur réflexion diagnostique donne un aperçu concernant les situations complexes dans la réalité clinique, l'implication réelle du système familial ou encore la temporalité parfois nécessaire pour progresser dans le diagnostic.

### **3.2. Examen de l'échantillon**

La diffusion du questionnaire a été opérée par le biais du réseau social Facebook. Cette méthode a permis un recueil à grande échelle. Nous avons veillé à ce que les critères d'inclusion soient décemment respectés par ce biais : seuls des groupes réservés aux orthophonistes (avec une vérification du diplôme ou du certificat d'études) ont été sélectionnés.

Néanmoins, un biais d'auto-sélection est à souligner (Fenneteau, 2015) puisque cette méthode implique l'exclusion des professionnels non-inscrits sur cette plateforme. Il semblerait que les sujets aux « attitudes extrêmes » participeraient plus aux questionnaires en ligne sur base du volontariat. Les « attitudes extrêmes » correspondent aux professionnels avec un fort attrait pour l'oralité en orthophonie, ou à ceux ne prenant pas en charge ces troubles, y étant réticents (Fenneteau, 2015). Une sous-participation des professionnels ne prenant pas en charge ce type de trouble est souvent supposée. Grâce aux commentaires libres possibles à la fin de notre questionnaire, nous constatons que des orthophonistes non formés ont pris le temps d'apporter leur point de vue à l'étude. On entrevoit malgré tout que ce biais d'auto-sélection est de mise, avec 78,30% des orthophonistes de l'échantillon qui ont effectué des formations continues dans le domaine de l'oralité.

A propos de la constitution effective de l'échantillon, les 104 sujets exerçant en France représentent 0,37% de la population cible (tous les orthophonistes exerçant en France) selon la DREES (2022). La répartition au sein du pays n'est néanmoins pas homogène : on note par exemple une sur-représentation des Hauts-de-France et de l'Île-de-France. La répartition territoriale est, dans la population cible, également inégale sur le territoire français. Les modes d'exercices de notre échantillon n'apparaissent pas tout à fait représentatifs : 93,4% des sujets exercent en libéral ou en mixte (contre 80,45% de la population cible), et 6,60% en salariat (contre 19,63% de la population cible). Nous retrouvons toutefois la tendance d'une majorité d'exercice libéral ou mixte (DREES, 2022).

## 4. Perspectives et ouverture

En dépit de ces biais, la réalisation de cette étude a laissé découvrir des informations cliniques concernant la gestion de la néophobie alimentaire par les orthophonistes au détour d'un bilan de l'oralité et des fonctions oro-myo-faciales. Parmi les commentaires libres, nous avons recueilli un grand nombre d'avis positifs et de manifestations d'intérêt pour la suite de l'étude. Leur proposer un retour nous paraît alors pertinent. Notre travail achevé pourra leur être transmis, mais la demande d'information est telle (91,51% de l'échantillon) que la création d'un guide sur le thème de la néophobie serait bien reçue.

Tout d'abord, un état des lieux des outils permettant de différencier la néophobie et les TAP pourrait être réalisé. S'il n'en existe aucun ou qu'il(s) ne s'avère(nt) pas adapté(s) à la demande mise en lumière dans cette enquête, un support pourra être créé. Les formats synthétiques et pratiques, à l'instar des plaquettes d'informations, seraient préférés. Celles-ci octroient la possibilité d'être transmises aux différents professionnels ainsi qu'aux accompagnants de l'enfant. En effet, la formation des médecins, des pédiatres permettrait de préciser de manière efficace les orientations vers les orthophonistes face aux plaintes alimentaires parentales.

La prévention des troubles de l'oralité alimentaire ne se limite pas à la formation des médecins, mais elle nécessite également la collaboration des diététiciens. L'expertise des diététiciens, sur le suivi nutritionnel ainsi que la spécificité des aliments, peut éclairer les orthophonistes. Réciproquement, approfondir le développement de l'oralité alimentaire par les diététiciens pourrait se révéler sécurisant pour les familles consultant d'abord ce professionnel, qui pourrait d'autant plus évaluer le besoin d'orientation vers un orthophoniste. Malheureusement, comme mis en lumière par Hostachy et Pignot (2016), il existe peu de recherches portant sur les démarches entre ces deux professions, mis à part dans le champ de la nutrition entérale ou des adultes présentant une dysphagie.

L'enjeu étant également de faire mieux connaître la période développementale normale qu'est la néophobie, nous ne pouvons négliger les professionnels de l'enfance gravitant autour de l'enfant au quotidien (professeurs des écoles, auxiliaires de puériculture, personnels de cantine). Faire découvrir notre profession au grand public et expliciter cette problématique serait bénéfique pour faire baisser la pression face à la néophobie, tout en propageant la connaissance des signes d'alerte dont nous sommes experts. Transmettre ces connaissances théoriques pourrait s'effectuer lors d'ateliers de prévention au sein d'écoles, de crèches avec les professionnels ou les responsables des enfants, où des propositions concrètes d'actions pour limiter les difficultés alimentaires pourraient être expérimentées, au plus près des besoins de chaque population (ex. évoquer le chemin jusqu'à la bouche, ou approche SOS de Toomey et Sundseth Ross, 2011).

Pour notre pratique professionnelle, nous sommes déterminés à proposer des suivis coordonnés entre les différents professionnels, qu'ils soient médecins, psychologues, diététiciens, psychomotriciens ou professionnels de l'enfance. La place de l'orthophoniste est en prévention primaire, secondaire et tertiaire (OMS, 1948) : l'information des autres professionnels, le dépistage des difficultés (ex. bilan d'oralité découvrant une néophobie), l'accompagnement parental ou l'orientation vers des structures appropriées y participent. Une action à tous ces niveaux s'avèrerait bénéfique pour les patients et leur entourage.

## Conclusion

A travers ce travail, nous cherchions à comprendre le rôle réel des orthophonistes face à la néophobie alimentaire, comparativement à leur expertise des troubles alimentaires pédiatriques introduits en ce nom par Goday et ses collègues en 2019, mais évoqués sous d'autres appellations auparavant. Nous avons pu au préalable réaliser une revue de littérature synthétique des données concernant chaque entité, pour préciser le diagnostic différentiel et les implications thérapeutiques.

Pour réaliser cette étude, nous avons créé et diffusé un questionnaire auto-administré aux orthophonistes par le biais des réseaux sociaux. Celui-ci fut confectionné avec grand soin, notamment grâce à des entretiens semi-dirigés en amont permettant d'envisager toutes les possibilités. Les réponses à notre initiative, volontaires, ont été très positives. La participation volontaire des professionnels nous a permis d'obtenir des résultats quantitatifs et qualitatifs en nombre suffisant.

Les 106 orthophonistes interrogés se sentent globalement peu à l'aise face au diagnostic différentiel entre TAP et néophobie alimentaire, bien que chaque entité soit relativement bien définie pour eux. Ils se retrouvent fréquemment confrontés à cette question, notamment au vu de leurs compétences qui leur confèrent une place privilégiée.

Face à leurs ressentis, nous avons pu mettre en évidence le besoin de recommandations de pratique clinique dans ce domaine, qu'il serait intéressant de véhiculer par une plaquette d'informations. Un inventaire des outils existants pourrait être réalisé suite à ce mémoire, avant la création d'un nouveau support.

Ce support pourrait aussi bénéficier aux professionnels de l'enfance ou de santé gravitant autour des enfants. Mais également, des actions de prévention concrètes seraient à même d'être organisées par les orthophonistes afin de partager les facteurs de protection et signes d'alerte et d'explicitier les frontières fines entre période normale dans le développement de l'alimentation et trouble avéré.

# Bibliographie

## Articles de revue, livres, thèses et mémoires

- Abadie, V. (2004). L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Archives de Pédiatrie*, 11(6), 603-605.
- Abadie, V. (2008). Troubles de l'oralité d'allure isolée : « Isolé ne veut pas dire psy ». *Archives de Pédiatrie*, 15(5), 837-839.
- Alley, T. R. (2018). Conceptualization and measurement of human food neophobia. *Food Neophobia: Behavioral and Biological Influences* (chap. 9, p. 169-192). Woodhead Publishing.
- Appleton, K. M., Hemingway, A., Saulais, L., Dinnella, C., Monteleone, E., Depezay, L., Morizet, D., Armando Perez-Cueto, F. J., Bevan, A., & Hartwell, H. (2016). Increasing vegetable intakes: Rationale and systematic review of published interventions. *European Journal of Nutrition*, 55(3), 869-896.
- Audhuy, F. (2012). La place de l'oralité dans le développement psychique. *Info Pro, la lettre du réseau Différences & Petite enfance* (22), 1-4.
- Białek-Dratwa, A., Szczepańska, E., Szymańska, D., Grajek, M., Krupa-Kotara, K., & Kowalski, O. (2022). Neophobia - A Natural Developmental Stage or Feeding Difficulties for Children? *Nutrients*, 14 (7), 1521.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2017). *L'entretien*. Armand Colin.
- Bréchon, P. (2011). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Grenoble (Presses universitaires).
- Cash, E., Cash, R., & Potocka, A. C. (2012) *Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes : les spécificités et les coopérations avec d'autres professions*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- Cooke, L. (2018). Genetic and environmental influences on food neophobia. *Food Neophobia: Behavioral and Biological Influences* (chap. 12, p. 237-254). Woodhead Publishing.
- Damsbo-Svendsen, M., Frøst, M. B., & Olsen, A. (2017). A review of instruments developed to measure food neophobia. *Appetite*, 113, 358-367.
- DeCosta, P., Møller, P., Frøst, M. B., & Olsen, A. (2017). Changing children's eating behaviour—A review of experimental research. *Appetite*, 113, 327-357.
- De Singly, F. (2020). *Le questionnaire (5<sup>e</sup> édition)*. Armand Colin.
- Douglas, J. (2002). Psychological Treatment of Food Refusal in Young Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(4), 173-180.
- Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children : A review. *Appetite*, 50(2), 181-193.
- Drolet, M.-J., & Hudon, A. (2015). Theoretical frameworks used to discuss ethical issues in private physiotherapy practice and proposal of a new ethical tool. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(1), 51-62.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire (3<sup>e</sup> édition)*. Dunod.

- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development*, 26(1), 64-86.
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129.
- Guillon-Invernizzi, F., Lecoufle, A., & Leseq-Lambre, E. (2020). Démarche diagnostique orthophonique des troubles alimentaires pédiatriques. *Rééducation orthophonique*, 58(281), 33-42.
- Hanse, L. (1994). *La néophobie alimentaire chez l'enfant* [thèse de doctorat].
- Hostachy, C. & Pignot, A. (2016). *Collaboration orthophonistes/diététiciens dans le suivi des enfants bénéficiant d'une nutrition entérale à domicile : création d'un outil de prévention et de repérage à destination des diététiciens* [mémoire]. Université de Lille.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *The American Psychologist*, 58(9), 697-720.
- Kerlan, M. (2018). Éthique et pratique de soins en orthophonie. L'apport de la formation en éthique. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 61 (1), 13-25.
- Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2021). Pediatric Feeding Disorder: A Nationwide Prevalence Study. *The Journal of Pediatrics*, 228, 126-131.
- 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.
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : Intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation orthophonique* (257), 71-82.
- Maratos, F. A., & Sharpe, E. E. (2018). The origins of disordered eating and childhood food neophobia: Applying an anxiety perspective. *Food Neophobia: Behavioral and Biological Influences* (chap. 15, p. 305-328). Woodhead Publishing.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 61(2), 135-140.
- Pliner, P. (1994). Development of Measures of Food Neophobia in Children. *Appetite*, 23(2), 147-163.
- Pliner, P., & Hobden, K. (1992). Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite*, 19(2), 105-120.
- Rabadán, A., & Bernabéu, R. (2021). A systematic review of studies using the Food Neophobia Scale: Conclusions from thirty years of studies. *Food Quality and Preference*, 93.
- Rigal, N. (2002). La naissance du goût. *Objectif Nutrition, Institut Danone*, 64(3).

- Rioux, C. (2020). Food Neophobia in Childhood. *Handbook of Eating and Drinking: Interdisciplinary Perspectives* (p. 413-432). Springer International Publishing.
- Rioux, C., Laffraire, J., & Picard, D. (2017). The Child Food Rejection Scale : Development and validation of a new scale to assess food neophobia and pickiness among 2- to 7-year-old French children. *European Review of Applied Psychology*, 67(2), 67-77.
- Rubio, B., Rigal, N., Boireau-Ducept, N., Mallet, P., & Meyer, T. (2008). Measuring willingness to try new foods: A self-report questionnaire for French-speaking children. *Appetite*, 50(2), 408-414.
- Shore, B. A., Babbitt, R. L., Williams, K. E., Coe, D. A., & Snyder, A. (1998). Use of Texture Fading in the Treatment of Food Selectivity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(4), 621-633.
- Soulet, V. (2018). *Processus développementaux impliqués dans l'évolution de la néophobie alimentaire chez le jeune enfant*. [thèse de doctorat, Université Paris Nanterre]. CorpusHAL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02441778>
- Stifter, C. A., & Moding, K. J. (2015). Understanding and measuring parent use of food to soothe infant and toddler distress: A longitudinal study from 6 to 18 months of age. *Appetite*, 95, 188-196.
- Tamim, A. (2020). Le questionnaire et l'entretien comme instruments de recherche. *Revue Linguistique et Référentiels Interculturels*, 1(1), 52-57.
- Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., & Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children : Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359.
- Thibault, C. (2015). L'oralité positive. *Dialogue*, 209(3), 35-48.
- Toomey, K.A., & Sundseth Ross, E. (2011). SOS Approach to Feeding. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders*, 20 (3), 82-87.
- Torres, T. de O., Gomes, D. R., & Mattos, M. P. (2020). Factors Associated with Food Neophobia in Children : Systematic Review. *Revista Paulista de Pediatria*, 39.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899-911.
- Turgeon, J. (1985). Le médecin de famille et l'approche systémique. *Canadian Family Physician*, 31, 1649-1653.
- Vilatte, J. C. (2007). Méthodologie de l'enquête par questionnaire. *Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon*.
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963-970.
- Wertz, A. E., & Wynn, K. (2014). Thyme to touch: Infants possess strategies that protect them from dangers posed by plants. *Cognition*, 130(1), 44-49.
- Williams, K. E., Field, D. G., & Seiverling, L. (2010). Food refusal in children : A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 31(3), 625-633.

Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 95-103.

## **Textes de lois, classifications internationales et sites du gouvernement**

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> ed., révision textuelle).

Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (2009). *A framework for ethical practice in speech and language therapy*.

Convention Nationale des Orthophonistes. (2022). *Avenant 19*.

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (2022). Démographie des professionnels de santé. [https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/?fbclid=IwAR3cpVkv1nKUB7x6iU\\_5nOXH9gw9z463molGeEPvgeiGj94\\_4\\_agC0MQSDE](https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/?fbclid=IwAR3cpVkv1nKUB7x6iU_5nOXH9gw9z463molGeEPvgeiGj94_4_agC0MQSDE)

Organisation Mondiale de la Santé (2022). *Classification Internationale des Maladies Onzième Révision* (11<sup>e</sup> ed.). <https://icd.who.int/fr>

Ministère des Solidarités et la Santé (2012, 5 mars). *Loi n° 2012-300 relative aux recherches impliquant la personne humaine ou loi Jardé*. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/>

## **Sites internet**

Blédina. (2020). *La néophobie alimentaire bébé & enfant : le podcast des parents curieux*. <https://www.bledina.com/neophobie-alimentaire/>

*La néophobie alimentaire*. (2013). Nos Petits Mangeurs. <http://www.nospetitsmangeurs.org/la-neophobie-alimentaire/>

le cœur net. (2019, octobre 20). *Le cœur net (Dr Laure GEISLER) : La néophobie*. [vidéo] [https://youtu.be/U9Ic2foh\\_iY](https://youtu.be/U9Ic2foh_iY)

Ministère de la santé et de la prévention. (2012, 7 mars). *Diététicien*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/dieteticien>