



HAL
open science

(Dé)formations du processus de néophobie. Une approche sociologique des particularités alimentaires des enfants avec un trouble du spectre autistique

Amandine Rochedy, J.P. Raynaud, T. Maffre, Jean-Pierre Poulain

► To cite this version:

Amandine Rochedy, J.P. Raynaud, T. Maffre, Jean-Pierre Poulain. (Dé)formations du processus de néophobie. Une approche sociologique des particularités alimentaires des enfants avec un trouble du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2020, 68 (7), pp.347-355. 10.1016/j.neurenf.2020.06.001 . hal-03414170

HAL Id: hal-03414170

<https://univ-tlse2.hal.science/hal-03414170>

Submitted on 7 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

(Dé)formations du processus de néophobie. Une approche sociologique des particularités alimentaires des enfants avec un Trouble du Spectre Autistique

Forming and Distortion of the process of neophobia. A sociological approach to the selective eating of children with Autism Spectrum Disorder

Auteurs

A. Rochedy, docteure en sociologie,
CERTOP – Pôle SANTAL, UMR CNRS 5044, Université Toulouse Jean Jaurès, 5,
Allées Antonio Machado 31058 Toulouse Cedex 9, France

J-Ph. Raynaud, Psychiatre pour enfants et adolescents, Professeur des
Universités–Praticien Hospitalier,
URM1027 Inserm–Université Paul Sabatier, Service Universitaire de
Psychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescent (SUPEA), CHU de Toulouse,
Hôpital Purpan, TSA 40031 – 31059 TOULOUSE Cedex 9, France

T. Maffre, Psychiatre pour enfants et adolescents,
directeur du GIP CRA, Centre Ressources Autisme Midi–Pyrénées, Hôpital La
Grave, 31059 Toulouse, France

J-P. Poulain, Sociologue, Professeur des Universités,
CERTOP – UMR CNRS 5044, Université Toulouse Jean Jaurès & Chair of Food
Studies : « Food, Cultures and Health », Taylor’ s University (Malaisie),
31058 Toulouse Cedex 9, France

Auteur correspondant

A. Rochedy
amandine.rochedy@univ-tlse2.fr

Déclaration d’intérêts

A. R déclare avoir un « prix de projet de recherche » de la Fondation Nestlé France.

En lien avec la loi française en matière de recherche clinique (loi Huriet), aucun accord émanant d’ un comité d’ éthique n’ a été nécessaire pour la réalisation de ces enquêtes

Titre

(Dé)formations du processus néophobique. Une approche sociologique des particularités alimentaires des enfants avec un Trouble du Spectre Autistique

Résumé

Nombreux sont les chercheurs, les professionnels et les parents à mettre en avant le fait que les enfants avec un Trouble du Spectre Autistique (TSA) présentent des « troubles de l'alimentation ». Cette recherche se propose de dépasser l'approche en termes de « sélectivité » ou de « problèmes » alimentaires. Elle s'intéresse, à travers le processus de néophobie, aux aléas de la construction de leur répertoire alimentaire, de la naissance à l'adolescence.

La démarche combine une approche qualitative et quantitative. La première prend la forme d'entretiens avec des parents d'enfants avec TSA âgés de 4 à 13 ans (n=21) et la seconde d'un questionnaire auprès de parents d'adolescents avec TSA âgés de 12 à 16 ans (n=322).

Si pour les parents, les difficultés dans l'alimentation ne sont pas un signe d'alerte de l'autisme, elles sont très tôt très tôt identifiées et prennent rétrospectivement, sens avec le diagnostic. Les refus alimentaires entre 3 et 7 ans sont considérés comme les comportements les plus problématiques. Les données mettent en évidence une forte variation interindividuelle au sein des enfants avec TSA. Une typologie a été construite en fonction des (dé)formations du processus néophobique. La population étudiée se répartit en six catégories : supratypique (20,8%), normotypique (16,1%), infratypique (18,6%), progressive (17,7%), tardive (9,0%) et néophile (17,7%).

La discussion s'ouvre sur l'analyse des particularités alimentaires en population autistique à partir des travaux conduits sur la néophobie en population générale. Il ressort ainsi que des phénomènes souvent identifiés comme spécifiques à la population autistique peuvent révéler de variations du processus néophobique. Il apparaît alors judicieux de parler de néophobies alimentaires au pluriel.

Mots clés : Autisme ; TSA ; Néophobie ; Particularités alimentaires ; Socialisation.

Title

Forming and Distortion of the process of neophobia. A sociological approach to the selective eating of children with Autism Spectrum Disorder

Summary

Many researchers, professionals and parents underline that children with Autism Spectrum Disorders (ASD) have "eating disorders". This research proposes to go beyond the approach in terms of "selectivity" or eating "problems". It focuses, through the process of neophobia, on the vagaries of the construction of their eating repertoire, from birth to adolescence.

The approach combines qualitative and quantitative methods. The first takes the form of interviews with parents of children with ASD aged 4 to 13 (n=21) and the second of a questionnaire with parents of adolescents with ASD aged 12 to 16 (n=322).

While for parents difficulties in eating are not a warning sign of autism, they are identified very early on and make sense in retrospect with the diagnosis. Food refusals between the ages of 3 and 7 are considered the most problematic behaviors. The data show a strong inter-individual variation among children with ASD. A typology was constructed according to the forming/distortion of the neophobic process. The population studied is divided into six categories: supratypical (20.8%), normotypical (16.1%), infratypical (18.6%), progressive (17.7%), late (9.0%), and neophile (17.7%).

The discussion opens with an analysis of the dietary particularities of the autistic population based on the work carried out on neophobia in the general population. It thus emerges that phenomena often identified as specific to the autistic population can reveal variations in the neophobic process. It therefore seems appropriate to speak of food neophobia in the plural.

Keywords: Autism; ASD; Neophobia; Selective eating; Socialization.

Introduction

Dans la littérature médicale, la dyade des symptômes des troubles autistiques – troubles de la communication sociale et intérêts restreints [1] – s’accompagne d’autres manifestations décrites comme non spécifiques : phobies, troubles du sommeil, crises de colère et perturbations de l’alimentation [2]. Les « problèmes » alimentaires liés à l’autisme sont mis en avant dès les premières descriptions de ce trouble [3]. Ce n’est pourtant qu’à partir des années 1990 que des chercheurs de diverses disciplines – épidémiologie, nutrition, psychiatrie, psychologie, etc. – identifient leurs caractéristiques et mesurent leur fréquence. Les descriptions cliniques utilisent des notions hétérogènes comme : « *feeding difficulty* », « *feeding problem* » [3-4], « *feeding disorder* » [5-6] ou encore « *abnormal eating practices* » [7]. Elles rendent compte de comportements alimentaires problématiques très variés, tels que le vomissement, le refus, la sélectivité voire l’hyper sélectivité, la dysphagie, les problèmes de comportement à table, etc. [8]. Ces problèmes sont signalés en population typique comme plutôt transitoire et touchant plus particulièrement les enfants d’âge préscolaire et seraient plus fréquents chez les enfants avec un retard de développement [9]. Dans la littérature, les pratiques alimentaires des enfants avec TSA sont présentées comme inhabituelles en termes d’intensité et de durée [10]. La sélectivité est plus importante chez ces enfants que chez les enfants avec un développement typique ou ceux présentant d’autres maladies ou handicaps [11-12]. Parmi les grilles de lecture plus ou moins concurrentes, la théorie des particularités de traitement sensoriel est la mieux documentée. Néanmoins, les déficits dans la communication et les interactions sociales, la pauvreté des motivations sociales, les intérêts restreints, le besoin d’immuabilité, les habiletés supérieures à discriminer les détails sont autant d’autres manifestations qui peuvent être intégrées à l’analyse des difficultés dans le domaine alimentaire [8]. Pour la Haute Autorité de Santé (HAS) [2], si certains « comportements-problèmes », y compris ceux qui concernent l’alimentation, sont expliqués par des facteurs biomédicaux, « tous doivent faire l’objet d’une approche multidimensionnelle et donc multidisciplinaire ». La question de l’alimentation pour les personnes avec TSA est étudiée dans ses dimensions biologique, nutritionnelle, éducative et psychologique, mais peu dans ses dimensions sociales, alors même, que les familles et les professionnels s’accordent pour désigner celles-ci comme « essentielles » [8].

L’hypothèse de départ est que ce qui est identifié comme des « problèmes alimentaires » ou des « troubles alimentaires » sont des « particularités de la socialisation alimentaire » qui pourraient relever d’une modification du processus de néophobie alimentaire. Il est admis que les enfants typiques connaissent, au cours de leur développement, une période caractérisée par des positions d’opposition et de refus. Cette étape a d’ailleurs été baptisée « stade du non » [13]. Elle résulte d’un long processus de maturation somato-psychique qui ouvre la voie vers la communication humaine et engage le processus de personnalisation. Au cours de cette période, l’alimentation joue un rôle particulièrement important. Les enfants refusent certains aliments et engagent avec les parents des « rapports de forces » en élaborant des choix personnels dans la construction du répertoire alimentaire. Ils cherchent une reconnaissance des autres (parents, fratrie, etc.) en tant que personnes ayant des goûts, des dégoûts et des préférences et jouant sur l’intériorisation des normes comportementales à table. La néophobie

se caractérise alors autant par le refus de nouveaux aliments que par l'abandon plus ou moins temporaire de certains déjà consommés. Elle peut être analysée à travers deux perspectives [14]. La première met l'accent sur le « processus de néophobie », c'est-à-dire le passage d'un état où l'enfant mange sans discernement ce qui lui est proposé, à un second état au cours duquel il refuse un nombre important d'aliments, pour finir par une réouverture puis une stabilisation de son registre alimentaire et de ses préférences. La seconde approche s'intéresse à l'intensité de la néophobie (nombre de refus) et analyse les modalités de la construction du répertoire alimentaire. Ces perspectives montrent que les « attitudes néophobiques » varient en fonction des mangeurs, des aliments, et des contextes sociaux de la prise alimentaire [8, 15]. Ainsi, les choix alimentaires se construisent à travers des mécanismes cognitifs et des exigences physiologiques et sont également élaborés en fonction des représentations sociales et culturelles [16]. Les connaissances actuelles chez les enfants typiques reposent essentiellement sur des enquêtes réalisées sur des petits échantillons. Elles permettent cependant d'avoir une compréhension « idéale-typique » du processus de néophobie alimentaire. Cet article a pour objectif de montrer en quoi la construction du répertoire alimentaire des enfants avec TSA est différente de celui des enfants dits « typiques ». Il pointe d'abord que les particularités du répertoire alimentaire chez ces enfants évoluent au cours du temps. Puis, il décrit les problèmes les plus fréquemment soulignés et considérés comme anormaux par les parents. Il étudie ensuite l'intensité et l'évolution du processus de néophobie pour enfin dégager les caractéristiques de plusieurs profils néophobiques.

Méthode d'enquête : l'articulation des méthodes qualitatives et quantitatives

Cet article est issu d'une enquête menée dans le cadre d'une thèse de sociologie dirigée par un sociologue et un pédopsychiatre, avec le soutien du Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées (CRA MP). Elle combine quatre méthodes de collectes de données : 1) entretiens semi-directifs, 2) questionnaires, 3) observations ethnographiques et 4) témoignages publiés sous forme de livre [8, 17]. Dans cet article, nous utiliserons uniquement celles issues des entretiens auprès de parents d'enfants âgés de 4 à 13 ans (n=21) et de l'enquête par questionnaire auprès de parents avec un ou plusieurs enfants avec TSA âgés de 12 à 16 ans (n=322). La juxtaposition de différents types de données permet de prendre la mesure de la complexité des difficultés et des trajectoires alimentaires de ces enfants.

La première méthode qualitative – l'entretien auprès de parents – a servi à révéler des phénomènes idéologiques et culturels collectifs et des pratiques sociales issues de l'expérience parentale. Cet instrument de « l'exploration des faits » [18] a permis d'identifier comment l'enfant avec des troubles autistiques « se construit en mangeant » pour reprendre l'expression de Chiva [19] et de saisir le sens que les parents donnent à ces pratiques. Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré afin d'appréhender les pratiques alimentaires dans une perspective synchronique et diachronique. Le regard a été porté sur les évolutions, les moments de ruptures et de changements, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence. Cinq thèmes ont été explorés : le modèle alimentaire de l'enfant à différentes étapes de la vie ; les difficultés générales et celles liées à l'alimentation rencontrées par l'enfant ; le modèle alimentaire familial ; les stratégies mises en place par l'entourage nourricier pour gérer le

domaine alimentaire et plus largement les troubles autistiques et les effets du diagnostic de TSA sur la façon dont les parents prennent en compte les besoins de leur enfant en matière de santé en général et de l'alimentation en particulier. Conformément aux règles de l'enquête qualitative, le nombre d'entretiens a été déterminé en prenant en compte les effets de saturation, c'est-à-dire que nous avons arrêté la passation lorsqu'aucune donnée additionnelle n'était apportée. Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits puis analysés. Les familles ont été choisies en fonction de facteurs sociaux et à partir des critères médicaux de leurs enfants afin de constituer un échantillon suffisamment hétérogène (tableau 1).

La méthode quantitative s'appuie sur un questionnaire adressé à un grand nombre de familles avec un enfant avec TSA. Le questionnaire construit autour des pratiques (reconstruites et déclarées) et des représentations (normes, opinions, valeurs) alimentaires, a été élaboré pour analyser différentes dimensions du fait alimentaire [20] et identifier les déterminants sociaux de l'alimentation de ces enfants. L'administration du questionnaire a duré en moyenne 45 minutes. Le mode de passation « auto-administré en ligne » a été retenu afin de laisser une grande liberté aux parents pour leur permettre par exemple de le réaliser en plusieurs fois ou de le compléter tard le soir. La construction du questionnaire s'est appuyée sur les connaissances de terrain de l'équipe et sur la littérature sur l'alimentation des enfants (typiques et autistes). Il a permis une collecte de données sur les comportements alimentaires des enfants et plus particulièrement sur l'intérêt, l'appétit, la néophobie, les manières de table, etc. De plus, il appréhende l'évolution de ces pratiques dans le temps, en fonction des contextes sociaux et selon les ajustements de la famille. Les familles ont été contactées dans un premier temps par l'intermédiaire de cinq CRA : Midi-Pyrénées, Alsace, Aquitaine, Auvergne et Nord-Pas-de-Calais. Le recrutement par ces derniers garantissait un diagnostic fiable, effectué par une équipe pluridisciplinaire, selon les recommandations de la HAS. Il a aussi permis d'obtenir une population hétérogène, afin de pouvoir reconstruire l'évolution du répertoire alimentaire, comparer les enfants dans l'ensemble de cette catégorie et extrapoler des conclusions à l'ensemble de cette classe. Ainsi, 73,1% de notre échantillon ont été recrutés via les CRA. Puis, le protocole a été réajusté lors des deux derniers mois afin de recruter plus d'individus. D'une part, le questionnaire a été rendu public sur des blogs, forums ou réseaux sociaux spécialisés (5,2%) et distribué à des structures accueillant des enfants (IME, hôpitaux de jour, structures spécialisées) dont nous connaissons les professionnels dans la Région Midi-Pyrénées et Auvergne (21,7%). D'autre part, il a été laissée la possibilité aux parents (y compris ceux contactés par le CRA) de renseigner le questionnaire par téléphone (28,0% contre 72,0% sur internet). Lors des échanges avec les familles, elles indiquaient vouloir être aidées à compléter le questionnaire ou elles souhaitaient communiquer, partager leurs expériences dans le domaine alimentaire et non seulement « cocher des cases », pour reprendre l'expression d'une famille. L'échantillon est composé de 322 parents d'enfants âgés de 12 à 16 ans avec un TSA (tableau 2). Les analyses statistiques descriptives et comparatives ont été effectuées à l'aide du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS version 20.0). La typologie des processus de néophobie a été construite selon la méthode d'imputation Calinski-Harabatz 3 [21-22], dans les packages *kml* et *kml3d* [22-24], issus du logiciel R. Elle permet de travailler sur des données longitudinales chez des individus avec des caractéristiques communes. Le test statistique de Khi2 a été utilisé pour

réaliser des statistiques descriptives, analytiques et comparer des sous-groupes d'individu. Les résultats ont été jugés significatifs quand la valeur du P était inférieure ou égale à 0,005.

La combinaison des méthodes qualitative et quantitative permet la collecte d'un matériau riche pour identifier et mesurer les comportements alimentaires des enfants avec TSA ainsi que les mécanismes régissant le phénomène. Grâce aux données issues de la phase quantitative, nous avons pu tester nos hypothèses de travail élaborées initialement à partir des entretiens conduits dans la première phase qualitative.

Résultats

Les difficultés alimentaires des enfants avec TSA évoluent au cours du temps

Les données issues du questionnaire montrent que les difficultés rencontrées dans le domaine alimentaire n'ont pas alarmé les parents. Ils sont seulement 6,2% à affirmer qu'elles les ont inquiétés ou alertés. Ils les citent bien loin après les problèmes d'interactions sociales (29,0%), de communication (26,5%) et de motricité (11,5%). Cependant, près de 8 parents sur 10 déclarent que leurs enfants ont montré des particularités dans ce domaine. Ils soulignent qu'elles sont remarquées très tôt et évoluent au cours du temps (tableau 3). Plus de la moitié des parents déclarent les avoir repérées avant 3 ans, alors qu'ils sont 33,5% entre 3 et 7 ans, 8,6% entre 7 et 11 ans et 6,2% entre 11 et 16 ans. Au regard de ces résultats, nous avons regardé plus précisément les premières années de vie durant lesquelles les pratiques alimentaires du jeune mangeur évoluent. Elles passent rapidement d'une alimentation lactée à une alimentation dite familiale. Concernant les premières particularités alimentaires de leur enfant, l'introduction des premiers morceaux est l'étape la plus citée (31,0%). Lors de son entretien, la mère de Victor revient plusieurs fois sur ce moment pour en rendre compte : « Sitôt qu'il rencontrait un morceau, il vomissait automatiquement entre un an et 18 mois. (...) Il avait des haut-le-cœur, il refusait les morceaux et il ne pouvait vraiment pas manger les aliments qui n'étaient pas mixés » (Entretien 8, mère de deux enfants dont Victor, 12 ans). Par la suite, le bilan des particularités alimentaires de la naissance à aujourd'hui permet de souligner l'opposition entre deux phases. D'un côté, entre 3 et 7 ans, les parents affirment que cette période est celle où leur enfant a rencontré le plus de particularités (39,9%), où elles étaient les plus intenses (42,4%) et les plus difficiles à gérer (38,8%). De l'autre côté, la majorité des parents répond qu'entre 11 et 16 ans, leur enfant rencontre le moins de particularités (53,6%) et mange « plus varié » (51,8%). Cette diversité dans le répertoire alimentaire à l'adolescence est soulignée par les parents lors des entretiens : « Après, sur les comportements alimentaires, elle a des comportements particuliers qui sont liés à sa maladie, je n'en sais rien. Ce qui est sûr, c'est que c'est différent de ses frères et sœurs et que tout est plus simple aujourd'hui avec l'alimentation » (Entretien 5, mère de quatre enfants dont Léa, 12 ans).

Plus largement, les parents interrogés dans les entretiens rapportent des pratiques alimentaires singulières de leur enfant en donnant des éléments constitutifs du comportement : il était passif au moment de la tétée, il était anxieux de passer à table, il présentait une sélectivité importante pour ne citer que ces exemples. Ces premières inquiétudes apparaissaient dès le ou

les premier(s) mois de la vie de l'enfant, mais devenaient significatives rétrospectivement avec le diagnostic : « Quand elle est née, elle pleurait comme les autres bébés à la naissance. Puis au fur et à mesure qu'elle grandissait, elle ne pleurait jamais pour demander son biberon. On pouvait presque oublier qu'elle était avec nous. Et là, je comprends aujourd'hui pourquoi » (Entretien 2, mère de quatre enfants dont Jade, 13 ans). Les pratiques alimentaires considérées comme « anormales » ou « déviantes » sont reconnues très tôt dans le développement de l'enfant, mais ne sont pas expliquées dans la petite enfance. C'est plus tardivement, une fois le diagnostic posé, que la problématique fait sens pour l'entourage nourricier en étant associée aux troubles autistiques.

Le choix limité d'aliments, un comportement fréquent et le plus important

À la question « Quel(s) comportement(s) alimentaire(s) a manifesté votre enfant depuis sa naissance ? », les parents pouvaient choisir trois réponses. Les plus populaires par ordre décroissant sont : le « choix d'aliments limité » (58,8%), la « consommation d'une grande quantité d'aliments » (34,9%) et la « non-acceptation de mélange de textures » (34,5%) (figure 1). Pour les parents qui ont déclaré un comportement particulier de leur enfant depuis la naissance, le refus d'aliments est le plus fréquemment cité. Dans les entretiens, ces refus renvoient au type d'aliment (les légumes ou la viande par exemple), à sa couleur, à sa texture, à sa présentation (couper en cubes, en rondelles, avec ou sans sauce, etc.), à son emballage ou encore à son odeur. Cependant, plus d'un tiers des parents affirme également que leur enfant a consommé une grande quantité d'aliments. Pour certains, la consommation importante d'aliments se passe au cours du repas. C'est le cas d'Antoine : « Il mange beaucoup plus qu'un enfant de son âge sans problème. En tout cas, c'est ce que je pense. Il ne mange pas forcément bien » (Entretien 8, père de deux enfants dont Antoine, 5 ans). Il mange notamment les aliments qu'il apprécie le plus comme le pain, le chocolat, les yaourts, etc. Pour d'autres enfants, cette consommation d'aliments en grande quantité est plus diversifiée et également très prégnante en dehors des repas. Les parents indiquent qu'ils sont capables de manger toute la journée et que leur activité principale est la recherche de nourriture. Enfin, le troisième comportement souligné par les parents est la « non-acceptation du mélange de texture ». La mère de Léa revient sur cet élément en montrant lors de l'entretien les dernières barres de céréales achetées : « Ce n'est pas la nouveauté, mais c'est plus les textures qui la dérangent. Ça par exemple [en se levant et en montrant le paquet de barres de céréales dans le placard], je les avais achetées pour elle, c'est nouveau et c'est au caramel et elle adore. Mais la texture est filandreuse, elle l'a ouvert et elle a goûté, mais elle a tout de suite recraché. Elle n'a plus voulu en manger après avoir croqué une fois dedans » (Entretien 5, mère de quatre enfants dont Léa, 12 ans).

Pour les parents ayant mentionné un comportement singulier depuis la naissance, la première modalité pour le comportement problématique le « plus important » est le « choix limité d'aliments » avec 40,4% des réponses. Ensuite, 18,0% des parents ont répondu « ne tolère pas les aliments non aimés dans son assiette » et 16,1% les « dégoûts alimentaires ». Au total, 85,1% des parents ont fait référence à un comportement de rejet alimentaire de leur enfant. La « consommation d'une grande quantité d'aliments » se retrouve en avant-dernière position dans ce classement (2,7%). Ce comportement n'est pas décrit comme le plus important dans

les pratiques alimentaires des enfants avec TSA, car il ne relève pas de la catégorie du « rien manger ». Dans les entretiens, c'est l'exemple d'Antoine qui actuellement mange « beaucoup » et pas « forcément bien » pour reprendre les propos de ses parents. Cela ne les inquiète guère, contrairement au moment où il avait une alimentation très sélective. « Comme vous l'expliquait mon épouse tout à l'heure, quand il avait 2 ou 2 ans et demi, c'était très difficile pour nous. Il refusait quasiment tout et allait se coucher très souvent sans dîner. Il avait souvent le ventre vide depuis le déjeuner. Nous étions inquiets à cette époque, maintenant ça va, même si je vous l'avoue, son alimentation est surprenante et encore pas normale » (Entretien 8, père de deux enfants dont Antoine, 5 ans). Pour d'autres parents, ce refus parfois intense inquiète d'autant plus qu'il est associé à une perte ou une absence de prise de poids alors que l'enfant continue à grandir.

La néophobie alimentaire chez les enfants avec TSA : importante entre 3 et 7 ans

La variable-score néophobie a été construite par deux variables – *neophobia* qui correspond aux refus des aliments nouveaux et *pickiness* traduit par sélectivité, mais également par comportement alimentaire difficile ou pointilleux et qui se distingue de la première variable par le rejet d'aliment familier – du questionnaire *Children's Eating Difficulties Questionnaire* [25]. En analysant les quatre périodes (avant 3 ans, de 3 à 7 ans, de 7 à 11 ans et de 11 à 16 ans) chez les mêmes enfants, les résultats soulignent (figure 2) : d'une part, la présence de la néophobie avant 3 ans et d'autre part, des variations d'intensité de la néophobie. En effet, l'acceptation inconditionnelle (degré 0) d'aliments est plus fréquente dans la petite enfance : avant 3 ans, 26,4% des enfants de l'enquête présentent une néophobie de degré 0. Néanmoins, les trois autres degrés de néophobie sont aussi présents avant 3 ans. Quant au degré 1 – néophobes souples c'est-à-dire les enfants qui acceptent à la condition qu'ils puissent goûter auparavant pour pouvoir juger si l'aliment plaît – la fréquence des enfants concernés diminue dans un premier temps (- 4,4% entre avant 3 ans et de 3 à 7 ans) puis augmente sur les deux phases suivantes (31,7% entre 7 et 11 ans ; 33,2% entre 11 et 16 ans). Enfin, c'est le mouvement inverse qui se passe pour la fréquence d'enfants avec des néophobies de degré 2 (néophobes rigides) et de degré 3 (néophobies absolues). Il y a une augmentation du nombre d'enfants avant 7 ans puis une diminution après 7 ans. Entre 3 et 7 ans, les enfants qui acceptent de goûter si les parents les incitent fortement (degré 2) et ceux qui n'acceptent en aucun cas de goûter les aliments (degré 3) sont les plus fréquents (29,9% pour la première catégorie et 26,4% pour la seconde). La variation de l'intensité de la néophobie en fonction de l'âge est statistiquement significative ($p=0,001$). Les données quantitatives soulignent que la néophobie de degré 0 est surreprésentée avant 3 ans et à l'inverse le degré 3 est surreprésenté entre 3 et 7 ans. Pour les enfants âgés de 7 ans et plus, le degré 1 est significativement plus important. En parallèle, dans les entretiens de parents, les descriptions des principales étapes du processus¹ alimentaire de la naissance à l'adolescence montrent des différences interindividuelles dans le processus de néophobie alimentaire. « Avec mon amie Sabine [mère de Félix, diagnostiqué avec TSA, rencontrée dans une association de parents], on parle

¹ Dans ce travail, le concept de processus est défini comme un enchaînement ou une suite continue de comportements alimentaires qui constitue une chaîne causale et dynamique. Une évolution des pratiques alimentaires qui fait référence aux travaux plus généraux de Balandier [25].

souvent de l'alimentation et nos enfants ne se ressemblent pas du tout. Imaginez, lui, il est encore plus sélectif. Par contre des fois, ils se ressemblent et peuvent avoir le même comportement, mais pas au même moment. Par exemple, Sarah n'a plus mangé de légumes verts à l'âge de 3 ans alors que Félix c'est venu plus tardivement, mais quand c'est arrivé, c'était du costaud » (Entretien 31, mère de deux enfants dont Sarah, 7 ans). Les discours parentaux montrent également des changements dans les pratiques alimentaires chez un même enfant : « Avant, il mangeait de tout », « Depuis quelque temps, c'est différent », « Maintenant, il est beaucoup plus... ».

Une typologie des (dé)formations du cycle de néophobie alimentaire

À partir des discours des parents, nous avons repéré plusieurs cycles de néophobie alimentaire chez les enfants avec autisme. Tout d'abord, le cycle pouvait être « typique », c'est-à-dire une diversité alimentaire dans la petite enfance, un resserrement du répertoire entre 3 et 7 ans et enfin une réouverture avec l'âge (a). Néanmoins, pour d'autres enfants, le processus de néophobie pouvait être déformé [15]. Une déformation du processus réside dans la prolongation de la phase de néophobie (b) ; l'intensification de la phase de la néophobie (c) ; la combinaison des deux premiers scénarii, le prolongement et l'intensification de la néophobie (d) et l'absence de néophobie (e). La « reconstruction interprétative de la réalité » [27] quantitative des processus de néophobie des mangeurs avec TSA, basée sur l'évolution au cours du temps et l'intensité de la néophobie alimentaire, affine l'approche qualitative dans laquelle cinq groupes de processus de néophobie se dessinaient. Le choix du nombre de groupes dans les procédures de classification est arbitraire et peut faire l'objet de contestations. Cependant, un nombre élevé de groupes est difficile à décrire et interpréter alors qu'un nombre insuffisant entraîne une homogénéité des classes. Pour les données longitudinales, en comparant des variances intra et interclasses, la méthode a réduit les 322 trajectoires individuelles en six *Variable-trajectory* (figure 3). La typologie construite dissocie deux sous-ensembles de processus de néophobie chez les enfants étudiés. Dans le premier sous-ensemble, les processus typiques présentent un cycle : la néophobie augmente dans un premier temps jusqu'à atteindre son maximum entre 3 et 7 ans, puis dans un troisième temps diminue. La notion de « typique » est utilisée en faisant référence au processus décrit dans la littérature en population pédiatrique générale pour la majorité des enfants. 55,5% des enfants avec TSA présentent un processus de néophobie qui suit cette trajectoire. En fonction des groupes, l'intensité du processus de néophobie est plus ou moins élevée. Ainsi, le processus cyclique de néophobie se décline en trois sous-groupes : 20,8% des enfants affichent une néophobie « supratypique ». Ces enfants présentent les comportements néophobiques les plus intenses de la naissance à l'adolescence, même s'ils tendent à diminuer après 7 ans.

La néophobie « normotypique » est le troisième type de processus observé. Elle concerne 16,1% des enfants de notre échantillon. Son évolution, comme le type précédent, présente un pic entre 3 et 7 ans, mais la diminution de l'intensité de néophobie est plus marquée entre 7 et 11 ans, diminution qui se poursuit après 11 ans.

La néophobie « infratypique » concerne 18,6% des enfants de notre enquête. Le processus de néophobie suit la même trajectoire que dans les deux précédentes situations. Néanmoins,

l'intensité de la néophobie de ces enfants se situe en dessous de la médiane et de la moyenne, et cela de la petite enfance à l'adolescence.

Dans le second sous-ensemble, les processus de néophobie n'ont pas la même évolution que ceux décrits précédemment et l'expression de la néophobie au cours du temps ne présente pas de cycle. Les trois processus identifiés concernent 44,5% des enfants. Trois parcours se dessinent. D'abord, pour les enfants avec un processus de néophobie atypique, 17,7% présentent une néophobie « progressive ». Ce sont des enfants pour qui la néophobie augmente dans la petite enfance, l'enfance et l'adolescence et dont le degré de néophobie est élevé après 11 ans.

Ensuite, le groupe de « néophobie tardive » constitue seulement 9,0% de la population interrogée et regroupe les enfants dont la néophobie débute après 7 ans et dont le niveau de néophobie se situe aujourd'hui juste au-dessus de la médiane. Et enfin, 17,7% des enfants sont « néophiles ». Ils ne présentent pas de comportement néophobique dans le domaine de l'alimentation au cours du temps, de la naissance à l'adolescence.

Enfin, nous avons étudié le lien entre les processus de néophobie et les cinq sous-groupes de diagnostic de TSA (tableau 4). Nous relevons que le diagnostic n'est, ni corrélé aux formes des processus de néophobie, ni à l'intensité des néophobies typiques. Le petit échantillon par groupe diagnostique donne peu de puissance statistique pour repérer des différences nettes quant aux courbes du processus néophobique. Même si cela n'est pas significatif, la répartition des diagnostics de TSA dans chaque trajectoire de néophobie montre que les adolescents avec le syndrome d'Asperger sont plus fréquents dans le processus de néophobie « supratypique » (27,5%), alors que les enfants diagnostiqués TED-nos le sont dans les processus de néophobie « infratypique » (25,7%).

Discussion

Les parents sont des observateurs des premiers instants et constituent une ressource importante dans la perception des pratiques alimentaires, quotidiennes, itératives et évolutives de l'enfant. Néanmoins, l'analyse rétrospective des pratiques alimentaires fait que certains comportements sont oubliés ou minorés avec le temps. Les particularités alimentaires sont souvent repérées dans les trois premières années, mais prennent sens avant tout avec le diagnostic. C'est entre 3 et 7 ans que les particularismes alimentaires sont les plus importants et les plus intenses, et ils tendent par la suite à s'atténuer jusqu'à l'adolescence. L'analyse de l'évolution des pratiques alimentaires dans cette population confirme que les « problèmes alimentaires » sont présents avant 3 ans et qu'ils sont habituellement transitoires et plus fréquents chez l'enfant d'âge préscolaire [9, 28].

Par la suite, l'enquête met en avant le « choix d'aliments limité » comme le comportement le plus manifesté par les enfants et le plus important pour les parents ayant répondu à l'enquête quantitative. Un résultat qui vient également confirmer que les refus d'aliments ou de familles d'aliments en population autistique sont les plus cités et les plus problématiques [29-30].

La combinaison de ces deux éléments sur les difficultés alimentaires de cette population – refus alimentaire de 3 à 7 ans – a confirmé l'intérêt d'analyser la néophobie alimentaire comme l'accès progressif à l'autonomie par l'expression des goûts et des dégoûts pour certains aliments [31]. En population autistique, les comportements néophobiques

sont présents avant 3 ans, mais le niveau d'acceptation des aliments à cette période est relativement élevé. De plus, ils sont différents en fonction de l'âge. D'une part, nous retrouvons en population autistique la même évolution générale de la néophobie alimentaire au cours du temps que chez les enfants dits typiques [31-34] : une néophobie relative avant 3 ans ; la plus intense entre 3 et 7 ans, synonyme d'une réduction du répertoire alimentaire ; et une diminution à partir de 7 ans et, par conséquent, le nombre d'aliments consommés augmente et le registre du mangeable s'étend. De même, l'attitude néophobique est corrélée avec l'âge [31]. Cependant, la fréquence du refus catégorique de goûter les aliments (la néophobie de degré 3) est relativement plus élevée en population autistique (19,8%) qu'en population générale (6%). D'autre part, cette recherche confirme que les enfants avec TSA sont sélectifs avant 18 mois [35-36]. De plus, même si les comportements de refus s'étendent au-delà de la période de la petite enfance [37-39], ils tendent à diminuer avec l'âge [40].

Les données qualitatives soulignent la variabilité interindividuelle des comportements néophobiques et de leurs évolutions au cours du développement de l'enfant. Par conséquent, il n'y a pas un modèle de processus de néophobie, mais une diversité de processus. La typologie révèle six catégories de (dé)formations du cycle de néophobie alimentaire, de la naissance à l'adolescence, classés en deux sous-ensembles. Les formes typiques présentent un cycle (néophobies « supratypique », « normotypique » et « infratypique »), alors que d'autres relèvent d'une évolution atypique du cycle néophobique au cours du temps (néophobies « tardive » et « progressive » et « néophilie »). En plus des (dé)formations, l'intensité de la néophobie diffère et entraîne une diversité plus ou moins importante du répertoire alimentaire. Ce processus de néophobie – considéré comme biologiquement inscrit² dans la littérature [14-15, 17] – n'est pas envisageable chez tous les enfants avec autisme et il est pluriel. Ce qui est considéré comme pathologique est en fait une (dé)formation – prolongation, intensification, cumul des deux, absence ou retard – de la construction de la néophobie alimentaire et de son processus. D'autant plus que cette (dé)formation est associée à d'autres difficultés dans la petite enfance (allaitement, diversification ou passage aux morceaux).

Ces résultats sur les difficultés alimentaires et leurs évolutions au cours du temps expliquent également les variations de la fréquence « des problèmes alimentaires ». À partir de deux revues de littératures systématiques, les auteurs pointent des prévalences des problèmes alimentaires chez les enfants avec TSA très variables : 46 à 89% pour Ledford et Gast [41] et 56 à 87% pour Nadon et *al.* [42]. Les travaux étudiés, qui traitent des dimensions alimentaires qui sont considérées comme problématiques, sont relativement nombreux. À titre d'exemple, rien que la notion de sélectivité alimentaire renvoie à une pluralité de dimensions : petite variété d'aliments, choix répétitifs, préférences marquées, refus d'aliments nouveaux ou encore consommation fréquente des mêmes aliments. De plus, ils s'appuient sur des populations hétérogènes – en termes d'âge et de diagnostic – et ont été conduits à partir de méthodes et d'outils différents. L'hétérogénéité théorique, méthodologique et disciplinaire

² La vision universelle de la construction du répertoire alimentaire de la petite enfance à l'âge adulte se présente comme suit : 1) l'enfant consomme seulement une « alimentation lactée » ; 2) le répertoire alimentaire de l'enfant s'élargit, première expérience de purée, de compote ; petit à petit les aliments deviennent de moins en moins mixés pour être finalement présentés en morceaux, période où la diversité alimentaire est à son maximum ; 3) l'enfant affirme ses goûts et ses dégoûts et cette étape se caractérise par un resserrement du registre du mangeable, une stabilisation, puis une réouverture, et 4) le registre du mangeable se stabilise.

ainsi que l'absence de définition consensuelle sur la notion de « problèmes alimentaires » ne favorisent pas l'analyse des pratiques alimentaires.

Une des limites de ce travail est que les résultats ne permettent pas de savoir ce qui relève de l'évolution du répertoire alimentaire ou de la diminution des exigences parentales lors des repas [29]. En effet, au vu des particularités ou des difficultés précédentes dans le domaine alimentaire et du diagnostic, les parents considèrent que la vie familiale est plus simple et agréable s'ils acceptent l'alimentation de leur enfant telle qu'elle est : « Ce n'est pas grave s'il ne mange pas très équilibré tant qu'il mange » (Entretien 1, mère d'un enfant avec autisme, Arthur, 12 ans). Ainsi, même si les pratiques ne s'améliorent pas toujours, la diminution des tensions et des exigences joue un rôle dans la perception parentale des difficultés. Cet élément permet de rebondir sur une seconde limite : l'effet de la reconstruction des pratiques alimentaires. Malgré tout l'intérêt des données collectées à partir des entretiens et du questionnaire, une analyse longitudinale permettrait d'approfondir et d'enrichir les analyses menées. Elle serait aussi très utile pour étudier plus finement les facteurs sociaux – qui jouent un rôle dans le développement de la néophobie alimentaire – et de comprendre le sens du lien entre néophobie et socialisation. Plus généralement, la combinaison de différentes méthodes de collecte de données permettrait de suivre plus précisément l'évolution des pratiques alimentaires et d'en étudier les différents aspects (néophobie, intérêt, appétit, manière de table, etc.) en relation avec les univers sociaux dans lesquels l'enfant grandit et se construit. Dans une perspective interactionniste et pragmatique, cette approche aiderait à définir plus précisément les ajustements parentaux selon les particularités alimentaires et les troubles autistiques de leur(s) enfant(s).

Conclusion

Cette recherche sociologique dépasse l'approche en termes de « problèmes » et de « sélectivité » alimentaires et complète les travaux existants dans différentes disciplines des sciences humaines. Les processus de néophobie expliquent une partie des spécificités dans ce domaine pour l'ensemble du spectre de l'autisme. Néanmoins, les processus néophobiques des enfants avec TSA se distinguent de celui des enfants typiques par leur intensité, leur durée, ou les deux cumulées, mais aussi du fait que les difficultés (allaitement difficile, refus des morceaux, faible intérêt pour l'alimentation, etc.) se cumulent aux différentes étapes de la socialisation alimentaire. Elles s'ajoutent à d'autres problèmes dans le développement qui interfèrent avec les activités quotidiennes, comme la motricité – globale ou fine – [43] ou les relations interpersonnelles [44], pour ne citer que ces exemples. L'accumulation et l'intensification cristallisent les regards sur le domaine alimentaire, d'autant plus que le refus de manger, exclut davantage les enfants avec TSA des espaces de socialisation alimentaire. Notre lecture dépasse celle de la néophobie alimentaire pour se concentrer sur le processus de la construction du répertoire alimentaire qui se caractérise par le passage des « aliments pour nous » aux « aliments pour moi » [45]. Nos résultats montrent que l'individualisation alimentaire s'exprime de façon différenciée chez les enfants avec autisme. Ils invitent à étudier l'influence des interactions sur l'intériorisation, l'incorporation des normes et sur leurs modalités de mise en œuvre, ainsi que sur l'intégration de l'enfant dans le groupe familial par

le jeu de la négociation. Ainsi, les (dé)formations des processus néophobiques donnent à voir les perturbations de la reconnaissance de l'autre et de sa prise en compte et permettent de prolonger les questionnements sur l'intégration et la socialisation, deux notions distinctes qui s'articulent.

Bibliographie

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. Washington : D.C ; 2013.
- [2] Haute Autorité de Santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) - État des connaissances hors mécanismes physiologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale : Paris : HAS, 2010.
- [3] Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child* 1943; 217-50.
- [4] Fondelli T. Autisme et problèmes d'alimentation. Bruxelles : Centre de Communication Concrète ; 2012.
- [5] Sauvage D., Leddet I., Hameury L., Bathelemy C. Infantile Rumination: Diagnosis and Follow-up Study of Twenty Cases. *JAACAP* 1985; 24 (2) : 197-203.
- [6] Tang B, Piazza C.C, Dolezal D, Stein M.T. Severe feeding disorder and malnutrition in 2 children with autism. *JDBP* 2011; 32(3) : 264-67.
- [7] Tanoue K, Matsui K, Takamasu T. Fried-Potato Diet Causes Vitamin A Deficiency in an Autistic Child. *JPEN* 2012; 36 (6): 753-55.
- [8] Rochedy A. Autismes et socialisations alimentaires. Particularités alimentaires des enfants avec un Trouble du Spectre de l'Autisme et ajustements parentaux pour y faire face (thèse de Sociologie). Toulouse : Université de Toulouse II – Jean Jaurès ; 2017.
- [9] Manikam R, Perman J.A, Pediatric feeding disorders. *Journal of clinical gastroenterology* 2000; 30(1): 34-46.
- [10] Nadon G, Feldman D, Gisel E. Feeding Issues Associated with the Autism Spectrum Disorders. *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders* 2013, p. 599-632.
- [11] Cermak S.A, Curtin C, Bandini L.G. Food Selectivity and Sensory Sensitivity in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of the American Dietetic Association* 2010; 110(2): 238-46.
- [12] Sharp W.G, Berry R.C, Mccracken C, Nuhu N.N, Marvel E, Saulnier C.A, Klin A, Jones W, Jaquess D.L. Feeding Problems and Nutrient Intake in Children with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis and Comprehensive Review of the Literature. *JADD* 2013, 43(9): 2159-73.
- [13] Spitz R, *Le Non et le Oui*, Paris : PUF ; 2008.
- [14] Poulain J.-P, *La néophobie*. Dictionnaire des cultures alimentaires. Paris : PUF ; 2012, p. 921-23.
- [15] Rochedy A, Poulain J.-P. Approche sociologique des néophobies alimentaires chez l'enfant. *Dialogue* 2015 ; 209(3) : 55-68.
- [16] Fischler C. Food habits, social change and the nature/culture dilemma. *Social Sciences Information*. 1980 ; 19(6) : 937-953.
- [17] Rochedy A. Note de recherche - Autismes et socialisations alimentaires. Particularités alimentaires des enfants avec un Trouble du Spectre de l'Autisme et ajustements parentaux pour y faire face. *ALTER* 2018 ; 12 : 41-9.

- [18] Blancher A, Gotman A. L'entretien : l'enquête et ses méthodes. Paris : A. Colin ; 2015 [2010].
- [19] Chiva M. Comment la personne se construit en mangeant. *Communications* 1979 ; 31(1) : 107-18.
- [20] Poulain J.-P. Sociologies de l'alimentation. Paris: PUF ; 2002.
- [21] Calinski T, Harabasz J. A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics* 1974; 3(1) : 1-27.
- [22] Genolini C, Alacoque X, Sentenac M, Arnaud C, Kml and kml3d: Packages to Cluster Longitudinal Data. *Journal of Statistical Software* 2015; 65(4): URL <http://www.jstatsoft.org/>.
- [23] Genolini C, Falissard B, KmL: k-means for longitudinal data. *Computational Statistics* 2009; 25(2): 317-28.
- [24] Genolini C, kml: K-Means for Longitudinal Data. R package version 2.3 2015 : URL [URL http://CRAN.R-project.org/package=kml](http://CRAN.R-project.org/package=kml).
- [25] Rigal N, Chabanet C, Issanchou S, Monnery-patris S. Links between maternal feeding practices and children's eating difficulties. Validation of French tools. *Appetite* 2012 ; 58(2) : 629-37.
- [26] Balandier G. Sens et puissance, les dynamiques sociales. Paris : PUF ; 1981.
- [27] Passeron J.-C. Le raisonnement sociologique un espace non poppérien de l'argumentation. Paris : A. Michel ; 2006[1991].
- [28] Demyer M.K. Parents and children in autism. New York: Wiley; 1979.
- [29] Cornish E. A balanced approach towards healthy eating in autism. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 1999; 11(6) : 501-9.
- [30] Ahearn W.H, Castine T, Nault K, Green G. An Assessment of Food Acceptance in Children with Autism or Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. *JADD* 2001 ; 31(5): 505-11.
- [31] Hanse L. La néophobie alimentaire chez l'enfant (thèse de psychologie). Paris : Paris 10 ;1994.
- [32] Birch L.L, Mcphee L, Shoba B.C, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposure reduces children's food neophobia?: Looking vs. Tasting. *Appetite* 1987; 9(3): 171-78.
- [33] Rigal N. La naissance du goût : comment donner aux enfants le plaisir de manger. Paris : Noêsis ; 2000.
- [34] Dovey T.M, Staples P.A, Gibson E.L, Halford J.C.G. Food neophobia and "picky/fussy" eating in children: A review. *Appetite* 2008; 50(2-3): 181-93.
- [35] Nicholls D, Christie D, Randall L, Lask B. Selective Eating: Symptom, Disorder or Normal Variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2001; 6(2) : 257-70.
- [36] Williams K.E, Gibbons B.G, Schreck K.A. Comparing Selective Eaters with and Without Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2005; 17(3) : 299-309.

- [37] Legge B. *Can't Eat, Won't Eat: Dietary Difficulties and Autistic Spectrum Disorders*. London: Jessica Kingsley Publishers ; 2002.
- [38] Tomchek S.D, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. *The American Journal of Occupational Therapy* 2007; 61(2) : 190-200.
- [39] Twachtman-Reilly J, Amaral S.C, Zebrowski P.P. Addressing Feeding Disorders in Children on the Autism Spectrum in School-Based Settings: Physiological and Behavioral Issues. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 2008; 39(2) : 261-72.
- [40] Mari-Bauset S, Zazpe I, Mari-Sanchis A, Llopis-Gonzalez A, Morales-Suarez-Varela M. Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. *Journal of Child Neurology* 2014; 29(11): 1554-61.
- [41] Ledford J.R, Gast D.L. Feeding Problems in Children With Autism Spectrum Disorders A Review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2006; 21(3) : 153-66.
- [42] Nadon G, Feldman D.E, Gisel E. Review of assessment methods used to evaluate feeding for children with pervasive developmental disorder. *Archives de pédiatrie* 2008; 15(8) :1332-48.
- [43] Perrin J, Maffre T. *Autisme et psychomotricité*. Bruxelles : De Boeck ; 2013.
- [44] Pourre F, Aubert E, Andanson J, Raynaud J.-P. *SociaBillyQuizz, un jeu pour l'entraînement aux habiletés sociales chez l'enfant et l'adolescent : étude exploratoire*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2012 ; 60(3) : 155-59
- [45] Chiva M. *Le doux et l'amer*. Paris : PUF ; 1985.

Figure 1 : Comportements alimentaires rencontrés depuis la naissance (n=255)

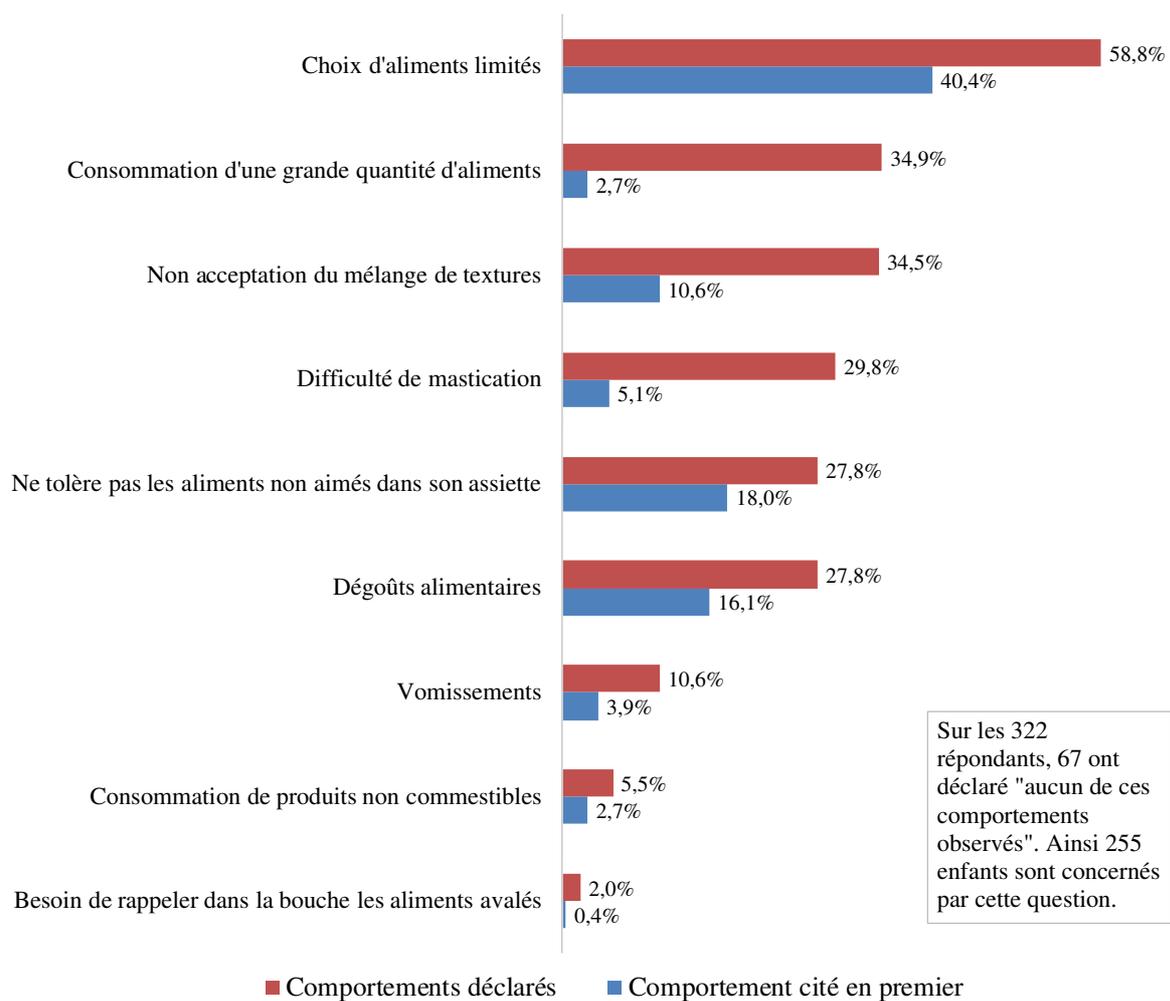


Figure 2 : La variation de l'intensité de la néophobie alimentaire en fonction de l'âge (n=322)

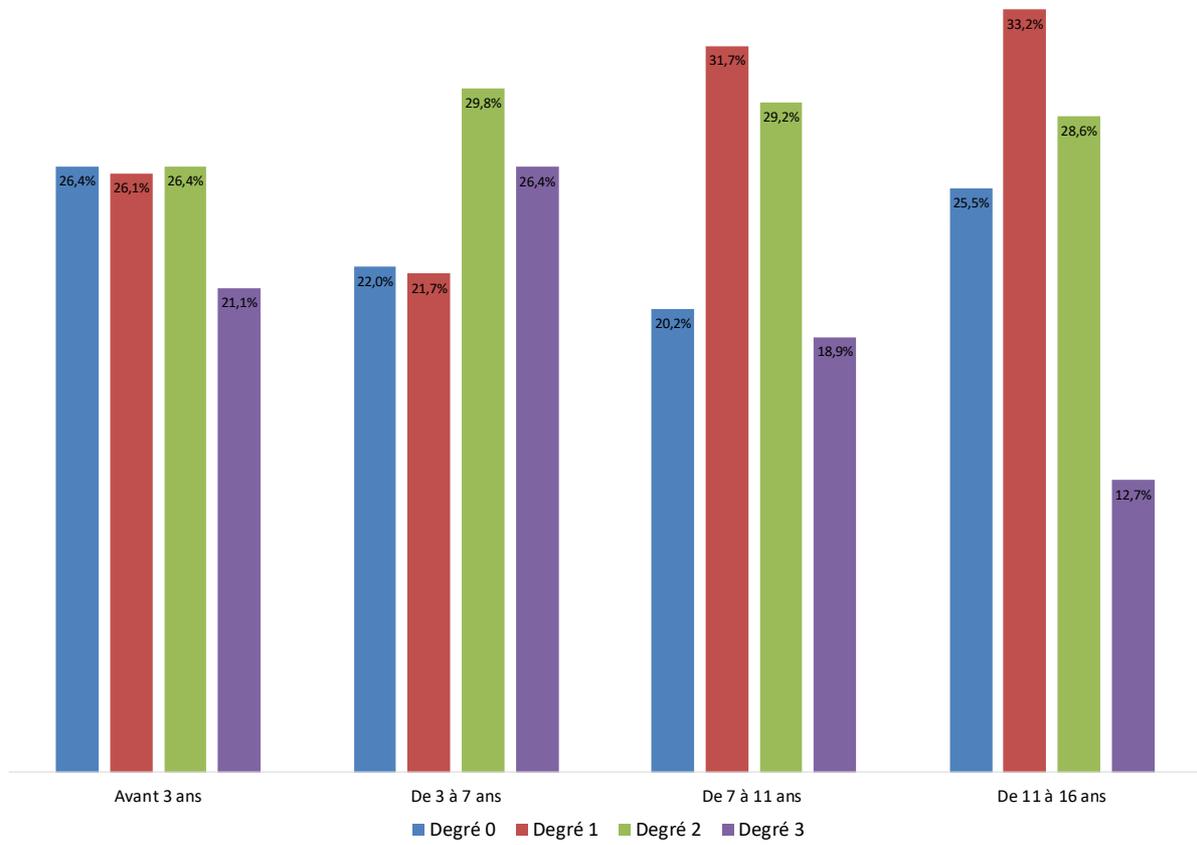


Figure3 : Typologie de néophobie alimentaire en population avec TSA (n=322)

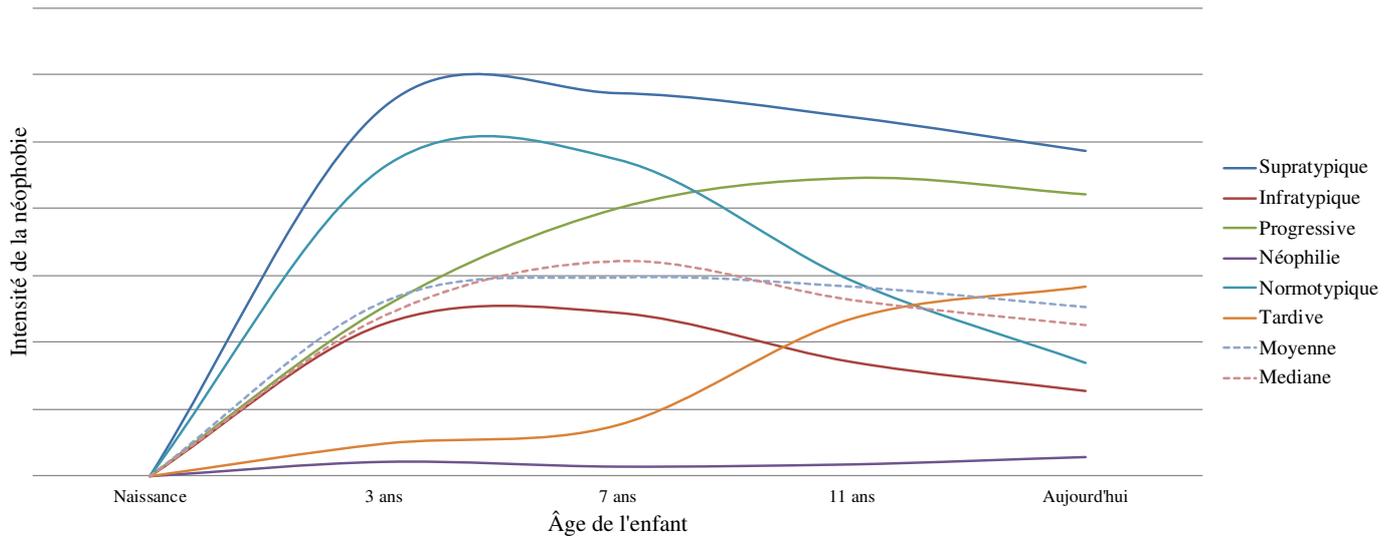


Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des enfants dans la phase qualitative
(n=21)

	Nombre
Diagnostic	
Autisme infantile (F84.0)	3
Autisme atypique (F84.1)	2
Autre trouble désintégrant de l'enfance (F84.3)	2
Syndrome d'Asperger (F84.5)	5
Autres TED (F84.8)	1
TED-nos (F84.9)	8
Sexe	
Fille	6
Garçon	15
Âge	
≤ 6 ans	3
7 ≤ x ≤ 10 ans	10
≥ 11 ans	8
Retard mental	
Absence de retard mental	8
Retard léger	4
Retard modéré	6
Retard sévère	3
Nombre de frères et sœurs	
Absence de frère et sœur	6
1 frère ou sœur	8
2 frères ou sœurs	5
3 frères ou sœurs ou plus	2
Position dans la fratrie	
Pas de fratrie	6
Aîné	5
Cadet ou plus	10
Lieu de scolarisation	
Absence de scolarisation	1
Spécialisé	13
Ordinaire	7
Situation familiale	
Famille nucléaire	14
Famille monoparentale	4
Famille recomposée	3

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des enfants dans la phase quantitative (n=322)

	Nombre (%)
Diagnostic	
Autisme infantile (F84.0)	55 (17,1)
Autisme atypique (F84.1)	46 (14,3)
Syndrome d'Asperger (F84.5)	91 (28,3)
Autres TED (F84.8)	56 (17,4)
TED-nos (F84.9)	74 (23)
Sexe	
Fille	42 (13,0)
Garçon	280 (87,0)
Âge	
12 ans	56 (17,4)
13 ans	87 (27)
14 ans	59 (18,3)
15 ans	53 (16,5)
16 ans	67 (20,8)
Retard mental	
Absence de retard mental	198 (61,5)
Retard léger	30 (9,4)
Retard modéré	47 (14,6)
Retard sévère	31 (9,6)
NSP	16 (4,9)
Nombre de frères et sœurs	
Absence de frère et sœur	54 (16,8)
1 frère ou sœur	147 (45,8)
2 frères ou sœurs	89 (27,7)
3 frères ou sœurs ou plus	31 (9,7)
NSP	1 (0)
Position dans la fratrie	
Pas de fratrie	54 (16,8)
Aîné	116 (36,1)
Cadet ou plus	151 (47,0)
NSP	1 (0)
Lieu de scolarisation	
Absence de scolarisation	27 (8,4)
Spécialisé	153 (47,5)
Ordinaire	142 (44,1)
Situation familiale	
Famille nucléaire	225 (69,)
Famille monoparentale	70 (21,8)
Famille recomposée	27 (8,4)

Tableau 3 : Perceptions parentales de l'évolution des comportements alimentaires de leur enfant avec autisme (en %)

Dans le domaine alimentaire, à quel moment avez-vous...	Avant 3 ans	De 3 à 7 ans	De 7 à 11 ans	De 11 à 16 ans
Remarqué des particularités	51,8	33,5	8,6	6,2
Rencontré le plus de particularités	26,7	39,9	16,5	16,9
Eu les particularités les plus intenses	24,6	42,4	13,6	19,5
Eu les particularités les plus difficiles à gérer	21,1	38,8	18,2	21,9
Rencontré le moins de particularités	31,9	6,0	8,5	53,6
Remarqué la plus grande variété	21,8	12,9	13,6	51,8

Tableau 4 : Répartition des adolescents dans les processus néophobiques selon le diagnostic de TSA (en %)

Processus néophobiques		Diagnostic TSA (effectif)	Autisme infantile F.84.0 (n=55)	Autisme atypique F 84.1 (n=46)	Syndrome d'Asperger F84.5 (n=91)	Autres TED F 84.8 (n=56)	TED-nos F 84.9 (n=74)
Typiques	Supratypique		20,0	21,7	27,5	14,3	17,6
	Normotypique		23,6	13,0	19,8	12,5	10,8
	Infratypique		25,5	17,4	8,8	19,6	25,7
Atypiques	Progressive		10,9	10,9	15,4	28,6	21,6
	Tardive		5,5	13,0	7,7	8,9	10,8
	Néophile		14,5	23,9	20,9	16,1	13,5
Total			100	100	100	100	100